

Opinnäytetyö (AMK)

Hoitotyön koulutusohjelma

Sairaanhoitaja ASHTS14

KEVÄT 2017

Jari Kukkaisniemi ja Tytti Takkinen

RAJOITUSTOIMENPITEET KEHITYSVAMMAHUOLLOSSA

– henkilöstön näkemykset ja kokemukset

Jari Kukkaisniemi ja Tytti Takkinen

Rajoitustoimenpiteet kehitysvammahuollossa -henkilöstön näkemykset ja kokemukset

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää Varsinais-Suomen erityishuoltopiiriin Paimion yksiköiden henkilökunnan näkemyksiä ja kokemuksia rajoitustoimenpiteiden toteuttamisesta, kirjaamisesta ja mahdollisesta jälkipuinnista. Tarkoituksena oli myös selvittää, minkä tyyppisiä ja minkälaisissa olosuhteissa henkilökunta työssään rajoitustoimia toteuttaa. Lisäksi tarkoituksena oli selvittää, minkälaisia tuntemuksia rajoitustoimenpiteiden toteuttaminen herättää henkilökunnassa.

Opinnäytetyön tavoitteena oli tuottaa uutta kokemuseräistä tietoa liittyen rajoitustoimenpiteiden toteuttamiseen, kirjaamiseen ja jälkipuiniin ja tätä kautta kehittää rajoitustoimiin liittyviä käytänteitä. Opinnäytetyö tehtiin yhteistyössä Varsinais-Suomen erityishuoltopiiriin kuntayhtymän kehitysvamma-alan tuki- ja osaamiskeskuksen kanssa.

Opinnäytetyö on lähestymistavaltaan laadullinen. Työn aineisto kerättiin teemahaastattelemalla kuutta Varsinais-Suomen erityishuoltopiiriin kuutta työntekijää, jotka ovat työssään joutuneet turvautumaan rajoitustoimenpiteisiin sekä nähneet alan kehityksen ja kehitysvamma-alan murrosvaiheen.

Suomen perustuslaki ja Suomen solmimat kansainväliset sopimukset takaavat jokaiselle ihmiselle perus- ja ihmisoikeudet. Näiden pohjalta meillä jokaisella on oikeus elämään, koskemattomuuteen, vapauteen sekä oikeus määrätä itsestään. Kehitysvammahuollossa henkilön elämään vaikuttavat monet oikeudet ja tarkentunut lainsäädäntö. Kehitysvammahuollossa kuitenkin on tilanteita, joissa joudutaan turvautumaan rajoitustoimenpiteisiin, jotta pystytään takaamaan henkilön ja muiden turvallisuus.

Opinnäytetyön tulokset osoittivat, että kehitysvamma-alalla rajoitustoimia käytetään lakimuutoksen jälkeenkin varsin laajasti. Rajoitustoimenpiteitä suoritetaan osin myös ennaltaehkäisevästi. Asiakkaan aggressiivinen ja uhkaava käytös oli yleisin syy rajoitustoimenpiteisiin. Rajoitustoimenpiteet herättivät myös paljon erilaisia tunteita hoitajissa.

Rajoitustoimien ennaltaehkäisyssä on iso rooli hoitajan omalla ammatillisuudella ja käyttäytymisellä. Tilaratkaisut koettiin myös osittain ennaltaehkäiseviksi keinoiksi.

Kehitysvammahuollon rajoitustoimenpiteet ovat moniulotteinen ilmiö, jonka tutkimukseen tulee panostaa tulevaisuudessa. Mahdollisen tutkimustiedon avulla voitaisiin kehittää hoitotyön keinoja, jotka lisäisivät niin asiakkaiden hyvinvointia kuin hoitajien työturvallisuutta.

ASIASANAT:

Kehitysvammaisuus, haastavakäyttäytyminen, itsemäärämisoikeus, rajoitustoimenpide, kehitysvammalaki

Jari Kukkaisniemi & Tytti Takkinen

Restricting measures in the care of intellectual disabilities – Nursing staff's views and experiences.

The purpose of this study was to clarify nursing staff's views and experiences about restriction and debriefing. The purpose was to sort out what kind of restrictions and which kind of situations nursing staff have to deal with. Additionally, purpose was to clarify what kind of emotions the use of restrictions makes up in the nursing staff.

The aim of this study was to find out new empirical and descriptive information about the use of restrictions and debriefing. This study is made in cooperation with The Special Welfare District of Southwestern Finland.

The methodological approach to the thesis was qualitative. The material was collected by interviewing six persons, who had to make restriction solutions in their work.

The Finnish constitution law and international conventions guarantee fundamental and human right for every human being. From this point of view, we each have right to live, right to freedom and right to make decisions about yourself. In the care of intellectual disabilities there are sometimes situations when you have to restrict, in order to guarantee other people's safety.

Results of the thesis show that restrictions are used widely in the care of intellectual disabilities. Restrictions are often used in a preventive manner. Patient's aggressive manners were the most common reason for restrictions. Restrictions make up a lot of different emotions in the nursing staff. Nurse's own professionalism and behavior is a significant factor to prevent restrictions.

Restrictions in the care of intellectual disabilities are a multidimensional phenomenon, which needs to be studied more in the future. With the research results we could develop ways in nursing.

.

KEYWORDS:

developmental disability, restriction, autonomy, challenging behaviour

SISÄLTÖ

1 JOHDANTO	7
2 KEHITYSVAMMAISUUS	8
2.1 Näkemyksiä kehitysvammaisuuteen	8
2.2 Kehitysvammaisten haastava käyttäytyminen	10
2.3 Kehitysvammaisten aggressiivisuus	11
2.4 Kehitysvammaisuus ja mielenterveyshäiriöt	12
2.5 Itsemääräämisoikeus kehitysvammahuollossa	14
3 KEHITYSVAMMATYÖTÄ OHJAAVAT LAIT	16
3.1 Taustaa lakimuutoksille	17
4 RAJOITTAMISTOIMENPITEET KEHITYSVAMMAHUOLLOSSA	19
4.1 Rajoitustoimenpiteiden käytön yleiset edellytykset	20
4.2 Rajoitustoimenpiteiden kirjaaminen	23
4.3 Rajoitustoimenpiteiden jälkiselvittely	25
5 HOITOHENKILÖKUNTA JA HAASTAVAT ASIAKASTILANTEET	26
5.1 Väkivallan kohtaaminen	26
5.2 Rajoitustilanteiden jälkipuinti henkilökunnan kanssa	28
5.3 Henkilökunnan koulutus	29
6 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSKYSYMYKSET	31
7 MENETELMÄLLISET LÄHTÖKOHDAT	32
7.1 Tiedonhaun kuvaus	32
7.2 Tutkimusjoukon ja ympäristön kuvaus	32
7.3 Kvalitatiivinen tutkimus	33
7.4 Aineiston keruu	34
7.5 Aineistolähtöinen sisällönanalyysi	35
8 TULOKSET	38
8.1 Henkilökunnan toteuttamat rajoitustoimenpiteet	38
8.1.1 Fyysinen rajoittaminen	38
8.1.2 Muita käytössä olevia rajoitustoimenpiteitä	39

8.1.3 Terveystieteistä syistä rajoittaminen	41
8.2 Rajoitustoimenpiteisiin johtavat tilanteet	42
8.2.1 Kehitysvammalain tuntemus	44
8.2.2 Itsemääräämisoikeuden tukeminen	45
8.3 Rajoitustoimenpiteiden herättävät ajatukset	45
8.3.1 Henkilökunnan tukeminen	46
8.3.2 Kirjaaminen	47
8.3.3 Tilanteen jälkiselvittely asiakkaan kanssa	47
8.3.4 Tilanteen arviointi	48
8.4 Keinot rajoitustoimenpiteiden ehkäisemiseksi	49
8.4.1 Ennaltaehkäisy	49
8.4.2 Tilaratkaisut	50
8.4.3 Koulutus	50
9 POHDINTA	52
9.1 Eettisyys	52
9.2 Luotettavuus	53
9.3 Tulosten tarkastelua	54
9.3.1 Henkilökunnan toteuttamat rajoittamistoimenpiteet	55
9.3.2 Rajoitustoimenpiteisiin johtavat tilanteet	56
9.3.3 Henkilökunnan tuntemuksia rajoittamistoimenpiteitä	57
9.3.4 Rajoitustoimenpiteiden ennaltaehkäisy	58
9.4 Jatkotutkimushaasteet	59
LÄHTEET	60

LIITTEET

- Liite 1. Yksilöhaastattelun runko.
- Liite 2. Saatekirje
- Liite 3. Tutkimuslupa
- Liite 4. Erityishuoltoneuvoston lausunto

TAULUKOT

Taulukko 1 Kehitysvammatyötä ohjaavat lait	16
Taulukko 2 Rajoitustoimenpidetaulukko	19
Taulukko 3 Tiedonhakutaulukko	32
Taulukko 4 Esimerkkejä pelkistämisestä	37

1 JOHDANTO

Kehitysvammahuollon kenttä on ollut muutosten alla jo pitkään. Alan palvelurakenne käy läpi isoa murrosvaihetta. Uusi kehitysvammalaki tuli voimaan kesäkuussa 2016. Tämä on luonut muutospainetta myös henkilökunnalle, jonka on pitänyt muuttuneen kehitysvammalain osalta päivittää tietojansa.

Aikaisemmin lait ovat määritelleet rajoitustoimenpiteitä kehitysvammaisten erityishuollossa varsin suurpiirteisesti. Tarkkojen säännösten puuttuessa on erityishuollon toimintayksiköissä luotu omia ohjeistuksia rajoitustoimien käytön suhteen. Toisaalta laki on jättänyt myös paljon tulkinnan varaa. (Finlex, HE96/2015)

Olemme molemmat työskennelleet Varsinais-Suomen erityishuoltopiirin Paimion yksiköissä, jonka vuoksi aihe herätti mielenkiinnon ja tästä myös painopiste henkilökunnan kokemuksiin. Rajoitustoimenpiteiden toteuttaminen ei ole yksinkertaista, vaan voi aiheuttaa niin henkilökunnassa kuin asiakkaissakin erilaisia tuntemuksia. Opinnäytetyössä kuvaamme, millaisia rajoitustoimenpiteitä käytetään ja minkälaisia tuntemuksia niiden toteuttaminen henkilökunnassa herättää.

Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää Varsinais-Suomen erityishuoltopiirin Paimion yksiköiden henkilökunnan kokemuksia ja näkemyksiä rajoitustoimenpiteistä ja niiden toteuttamisesta, kirjaamisesta sekä jälkipuinnista. Rajoitustoimenpiteiden tarkoituksena on turvata asiakkaan sekä muiden henkilöiden turvallisuus, näihin turvaudutaan vain äärimmäisissä tilanteissa, kun henkilö on vaaraksi itselleen, muille taikka ympäristölle.

Valvontaviranomaisten ja palveluntuottajien toimintakertomuksien perusteella vaikuttaa siltä, että kehitysvammaisten laitoshoidossa ja asumispalveluissa toteutetaan rajoittamistoimenpiteitä varsin laajasti. (Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto 2016) Siksi asiakkaiden ja työntekijöiden turvallisuus, oikeusturva ja elämänlaatu on haastavissakin kriisiluontoisissakin rajoitustoimenpiteissä pystyttävä turvaamaan. Tämä luo haastetta henkilökunnalle, sillä henkilökunnan on toimittava ammatillisesti ja vastuullisesti haastavissa tilanteissa.

2 KEHITYSVAMMAISUUS

Kehitysvammaisuutta määritellään eri lähteissä hieman eri termein, mutta keskeinen sisältö kehitysvammaisuutta määriteltäessä on sama. Kehitysvammaisella tarkoitetaan henkilöä, jolla synnynnäisen tai kehitysiässä saadun sairauden tai vamman vuoksi on kehitys tai henkinen toiminta häiriintynyt. (Kaski 2002.)

Kehitysvammalain (519/1977) mukaan kehitysvammainen on henkilö ”jonka kehitys tai henkinen toiminta on estynyt tai häiriintynyt synnynnäisen tai kehitysiässä saadun sairauden, vian tai vamman vuoksi ja joka ei muun lain nojalla voi saada tarvitsemiaan palveluja.” (Laki kehitysvammaisten erityishuollosta 519/1977.)

2.1 Näkemyksiä kehitysvammaisuuteen

Suomessa asuu noin 40 000 eritasoisesti kehitysvammaista henkilöä. Kehitysvammaisuutta on perinteisesti määriteltä lääketieteellisesti. Kehitysvammaisuus on kuitenkin lääketieteellisenä terminä hieman epämääräinen, koska sama diagnostinen leima on annettu huomattavan erilaisille ihmisille. Lääketieteellisen määritelmän rinnalle on noussut toimintakyvyn näkökulma ja myös tuoreempi sosiaalinen näkökulma. (Vernerinet Kehitysvamma-alan tietopalvelu 2016.)

AAIDD (American Association of Intellectual and Developmental Disabilities) määrittelee kehitysvammaisuutta näin: ”Kehitysvammaisuus on vammaisuutta. Sitä luonnehtivat huomattavat rajoitukset sekä älyllisissä toiminnoissa että adaptiivisessa käyttäytymisessä ilmeten käsitteellisissä, sosiaalisissa ja käytännöllisissä taidoissa. Tämä vammaisuus on saanut alkunsa ennen kuin henkilö on täyttänyt 18 vuotta.” (AAIDD 2016.)

Suomessa on yleisimmin käytössä WHO:n eli maailman terveysjärjestön tautiluokitus ICD-10, jonka mukaan kehitysvammaisuus määritellään tilana, jossa henkilön henkisen suorituskyyvyn kehitys on jollakin tapaa estynyt tai on jäänyt epätäydelliseksi. Huonosti kehittyneitä ovat erityisesti kehitysiässä ilmaantuvat taidot eli yleiseen suorituskyyvyn vaikuttavat kognitiiviset, kielelliset, motoriset ja sosiaaliset kyyvyt. WHO:n tautiluokituksen mukaan kehitysvammaisuus luokitellaan neljään eri asteeseen: lievään, keskivaikeaa, vaikeaan ja syvään kehitysvammaisuuteen. Luokituksen mukaan älyllisesti kehitysvam-

maisten henkilöiden ÄO on pienempi kuin 70. Pelkästään älykkyydosamäärän perusteella ei diagnoosia määritellä, vaan henkilön ominaisuuksia arvioidaan suhteessa ympäristön tarjoamiin haasteisiin. (Kaski, Manninen & Pihko 2012,16-19.)

On korostettava, että diagnostisia luokituksia ei ole luotu ihmisten luokitteluun, vaan ihmisten terveydentilan ja siihen liittyvien tarpeiden tai aiheiden kuvaamista varten. Kokonaiskuva henkilön vammaisuuden asteesta ja toimintakyvystä muodostuu siinä kontekstissa, missä ihmisen oma elämäntilanne ja koko elinympäristö vaikuttavat. (Kaski ym. 2009, 19.)

Lievästi älyllisillä kehitysvammaisilla on usein koulussa oppimisvaikeuksia. Usein he tarvitsevat erityisopetusta, vaikka osa opiskeleekin normaalissa luokassa tukitoimien avulla. Aikuisena lievästi kehitysvammainen henkilö on melko itsenäinen ja omatoiminen henkilö useimmilla elämän osa-alueilla. Usein hän kuitenkin tarvitsee tukea asiointiin, jotta hän voisi saada tarvitsemansa palvelut. Yleensä hän pystyy asumaan itsenäisesti tai tuettuna, sekä luomaan että ylläpitämään ihmissuhteita. Usein lievästi kehitysvammaiset henkilöt kuitenkin tarvitsevat eriasteista opastusta. (Kaski ym. 2009, 21.)

Keskiasteisesti älyllinen kehitysvammaisuus aiheuttaa kehitysviiveitä lapsen kehityksessä. Kouluikäiset tarvitsevat erityisopetusta, mutta pystyvät myöhemmin saavuttamaan jonkinasteisen riippumattomuuden itsensä hoidossa ja toimivan kommunikaatiokyvyn. Usein keskiasteisesti älylliset kehitysvammaiset selviävät melko itsenäisesti henkilökohtaisista toimistaan. Asumisen suhteen he tarvitsevat enemmän valvontaa kuin esimerkiksi lievästi kehitysvammaiset ihmiset. Usein he pystyvät ohjattuun työhön. (Kaski ym. 2009, 21.)

Vaikeasti älylliset kehitysvammaiset henkilöt ovat jatkuvan tuen ja ohjauksen tarpeessa. Koulun, asumisen ja työntehtävien suhteen he tarvitsevat huomattavia tukitoimia. He ovat riippuvaisia toisista ihmisistä ja kuntouttamisen onnistuminen vaatii paljon työtä. Kuitenkin henkilö voi kehittyä melko itsenäiseksi päivittäisissä toimissa vahvan kuntoutuksen avulla. (Kaski ym. 2009, 21.)

Syvästi älyllinen kehitysvammainen henkilö on täysin riippuvainen toisista ihmisistä. Hänen kommunikaatiossa, liikuntakyvyssä ja päivittäisten toimintojen suorittamisessa on vakavia puutteita. Hän voi olla omatoiminen esimerkiksi syömisessä, ja voi oppia yksinkertaisia työtehtäviä. Asumisen suhteen hän tarvitsee ympärivuorokautista hoivaa. (Kaski ym. 2009, 21.)

Toimintakyvyn näkökulma kehitysvammaisuuteen liittyy yksilön ja ympäristön väliseen suhteeseen. Ihmisen toimintakyky on erilainen erilaisissa ympäristöissä. Toimintakyvyn määritelmää käytetään, kun pohditaan arjessa selviytymistä ja siihen liittyvää elämänlaatua. Kehitysvammainen henkilö kohtaa haasteita silloin, kun hänen oma toimintakyky ja ympäristön vaatimukset ovat ristiriidassa keskenään. (Vernerinet 2016.)

Sosiaalinen näkökulma kehitysvammaisuuteen tarkoittaa yksilön suhdetta yhteisöön. Vammaispolitiikka pyrkii vaikuttamaan tähän suhteeseen. Sosiaalisessa näkökulmassa tuodaan esille kehitysvammaisen henkilön riippuvuus muista henkilöistä. Tätä riippuvuutta pitävät yllä ennakkoluulot, syrjäytetty asema ja rakenteelliset esteet. Sosiaalisessa näkökulmassa hyväksytään lääketieteellinen näkemys vammasta, mutta samalla korostetaan, että vamman haitta ei johdu vammasta vaan sen suhteesta ympäristöön ja yhteiskuntaan. (Vernerinet 2016.)

2.2 Kehitysvammaisten haastava käyttäytyminen

Kehitysvammaisella ihmisellä esiintyy usein niin sanottua haastavaa käyttäytymistä. Tällöin henkilö omalla käytöksellä haastaa ympäristön reagoimaan. Haastavan käytöksen taustalta voi löytyä moninaisia ilmiöitä. On vaikeaa selvittää, mikä on olosuhteista tai vammasta johtuvaa haastavaa käytöstä, mikä taas mielenterveyden ongelma. Haastavaa käyttäytymistä arvioitaessa tulisi aina pohtia, kenelle käyttäytyminen on ongelma. (Mielenterveystalo.fi 2016.)

Haastavaa käytöstä on muun muassa tavaroiden ja esineiden heittäminen, tavaroiden ja laitteiden tahallinen rikkominen, sanallinen uhkailu, esineillä uhkailu esim. veitsi, seksuaalinen häirintä, eritteellä sotkeminen, puhumattomuus, kaikenlainen väkivalta; töniminen, lyöminen, potkiminen, pureminen ja raapiminen. (Koskentausta 2006.)

Keinot haastavien tilanteiden hoitamiseen ovat usein ennaltaehkäiseviä, mutta osa syistä vaatii lääkärin hoitoa taikka kuntoutusta. Akuutin haastavan tilanteen ratkaisuun keinoja voivat olla ohjauksellisia, aistimusten tarjoaminen ja vuorovaikutuksellisia. Ratkaisuihin käytettäviä keinoja tuleekin tarkastella ja arvioida päivittäisissä toiminnoissa sekä haastavan käyttäytymisen seurannalla. (Koskentausta 2006.)

2.3 Kehitysvammaisten aggressiivisuus

Kehitysvammaisilla henkilöillä voi ilmetä käytösoireita, joilla tarkoitetaan ei-toivottua yksilöä tai ympäristöä häiritsevää käyttäytymistä. Tämän tyyppiseen käytöshäiriöön voi läheisesti liittyä psyykkistä häiriötä, kuten masennusta tai ahdistuneisuushäiriötä. Oireilu voi olla sisäänpäin suuntautunutta, kuten ahdistuneisuutta ja pelokkuutta. Tai oireilu voi ilmetä ulospäinsuuntautuvana aggressiivisuutena. Yleisimpiä kehitysvammaisten psyykkisiä oireita on aggressiivisuus. Se voi olla psyykkisen sairauden oire tai opittua käyttäytymistä. Psyykkiseen häiriöön tai lääketieteelliseen ongelmaan viittaa se, että oireet näkyvät paikasta riippumatta eivätkä reagoi käyttäytymiseen puuttumiseen. (Aaltonen 2011,141, 143.)

Aggressiivisuus määritellään toiseen henkilöön tai ympäristöön kohdistuvana tahallisenä vahingoittamisena tai häiritsemisenä. Tällaiseen toimintaan sisältyy aggressiivisia tunteita ja hermoston säätelemiä elimistön fysiologisia muutoksia. Tällaisia ovat adrenaliinin ja noradrenaliinin erityksen lisääntyminen ja verenpaineen ja sykkeen nousu. (Koskentausta 2006, 4827.)

Kehitysvammaisten aggressiivisuus voidaan jakaa neljään eri luokkaan: verbaalinen aggressiivisuus, fyysinen aggressiivisuus, tavaroihin kohdistuva tuhoava käytös ja itsensä vahingoittaminen. Miehillä aggressiivisuutta on todettu esiintyvän enemmän. Toisiin henkilöihin kohdistuvaa aggressiota on tutkimusten mukaan noin 7-21%:lla kehitysvammaisista henkilöistä. Aggressiivisuuden ja itsensä vahingoittamisen taustalla on yleensä monenlaisia syitä kuten ahdistavat sosiaaliset tilanteet, somaattiset sairaudet, mielenterveyshäiriöt tai kommunikaation ongelmat. Joissakin tapauksissa myös laitospäristö voi provosoida aggressiivista käytöstä. Yleensä aggressiivinen käytös on alkanut jo kotona tai asumisyksikössä asuessa. (Koskentausta 2006, 4827-4828.)

Aggressiivinen käytös voi olla kehitysvammaiselle tapa paeta ahdistavaa sosiaalista tai liian vaativaa tilannetta. Itsensä vahingoittaminen laitospäristössä voi olla tapa saada huomiota ei-toivotulle käyttäytymiselle. Myös somaattiset tekijät voivat olla merkittävä tekijä kehitysvammaisen aggressiivisuudelle. Autistisella tai vaikeasti vammaisella henkilöllä voi olla ongelmia nimetä kivun syytä tai lähdettä. Tällöin kivun aiheuttama paha olo voi purkautua aggressiivisena käytöksenä. Toisaalta vuorovaikutuksen ongelmilla on todettu olevan yhteys kehitysvammaisten henkilöiden aggressiiviseen käytökseen. Ja

erilaisten kommunikointi menetelmien on todettu vähentävät aggressiivisuutta. (Koskentausta 2006, 4828.)

Akuutin väkivaltaisen tilanteen hallitsemista helpottaa ennalta laaditut toimintaohjeet. Yhtenäinen toimintatapa kehitysvammaisen henkilön aggression hoidossa voi vahvistaa ei-toivotun käyttäytymisen vähenemistä. Ympäristöön ja henkilökuntaa liittyvät provosoiivat tekijät pitää minimoida. (Koskentausta 2006, 4828.)

Koskentaustan (2006, 4829) mukaan mielenterveyden häiriöiden yhteyttä kehitysvammaisten itseään vahingoittavaan ja aggressiiviseen käytökseen, on tutkittu yllättävän vähän. Tutkimuksissa on löydetty eroavaisuuksia siitä, onko kehitysvammaisten aggressiivisuus, itsensä vahingoittaminen ja tuhoava käytös nähtävä erillisiksi ilmiöiksi vai mielenterveyden häiriöiksi.

2.4 Kehitysvammaisuus ja mielenterveyshäiriöt

Kehitysvammaisilla ilmenee samoja mielenterveyden ongelmia kuin ei-kehitysvammaisilla. Myöskään mielenterveyden ongelmat eivät automaattisesti kuulu kehitysvammaisuuteen. Niistä selviäminen on kuitenkin kehitysvammaiselle henkilölle haastavampaa kuin ei-kehitysvammaiselle, koska kehitysvammaisuus jo sinänsä vaikuttaa henkilön ongelmanratkaisukykyyn ja toimintakykyyn. Lisäksi kehitysvammainen henkilö on alttiimpi psyykkisille häiriöille, koska hän on saattanut kokea vammansa takia negatiivisia elämäkokemuksia. Myös kommunikaation vajavuus ja puutteet sosiaalisten tilanteiden hallinnassa voivat lisätä stressiä kehitysvammaisen elämässä. Kehitysvammaan voi lisäksi liittyä neurologisia häiriöitä, jotka saattavat altistaa psykiatrisille häiriöille. (Aaltonen 2011,140.)

Tutkimuksien mukaan kehitysvammaiset ovat alttiimpia mielenterveyden häiriöille kuin ei-kehitysvammaiset. Kehitysvammaisista noin 30-50%:lla esiintyy mielenterveyden ja käyttäytymisen häiriöitä. Tämä on noin 5-7-keraisesti suurempi luku kuin ei-kehitysvammaisilla henkilöillä. Yksi olennaisista haasteista kehitysvammapsykiatrissa on, kyky erottaa milloin kehitysvammaisen häiriökäyttäytyminen johtuu mielenterveyshäiriöistä, milloin taas muut tekijät vaikuttavat häiriökäyttäytymiseen. (Koskentausta 2008, 3533-3534.)

Kehitysvammaisuuteen liittyvät ongelmat ovat usein monisyisiä. Niitä ei voida käsitellä pelkästään lääketieteellisesti, eikä yksinomaan psykiatrian keinoin. Käyttäytymisen tasolla olevat ilmiöt ovat usein sidoksissa kontekstiin, jossa ne syntyvät. Asiayhteys voi olla ilmeinen tai sitä on vaikeata huomata. Jos ymmärretään tilanteen asiayhteys, sen helpompaa on muuttaa tilanteeseen johtaneita olosuhteita. Poikkeavan käyttäytymisen tutkimisessa periaatteena on tutkia henkilön fyysinen terveydentila ja tekijät, jotka ovat vaikuttaneet tilanteeseen. Myös elinympäristön vaatimukset tulee huomioida suhteessa henkilön kykyihin. (Kaski ym. 2009, 112.)

Kehitysvammaisen henkilön mielenterveydenhäiriö ilmenee usein rauhattomuutena ja aggressiivisuutena. Häiriöt ovat usein yhteydessä fyysisiin sairauksiin esimerkiksi epilepsiaan tai hypotyroosiin. Psykkinen oireilu voi olla kytköksissä myös geneettisiin sairauksiin. Näistä syistä kehitysvammaista henkilöä hoitajan lääkärin tulisi toimia yhdessä erikoisalojen osaajien kanssa. (Kaski ym. 2009, 113.)

Kehitysvammaisen henkilön ahdistuneisuuden takana voi olla kyse neuroottisesta kehityksestä, jossa on kyse ratkaisemattomista psyykkisistä ristiriidoista, jotka ovat lähtöisin varhaisista kehitysvuosista. Tällöin henkilö voi tuntea ahdistuneisuutta, pelkoa tai masentuneisuutta, mikä heikentää hänen toimintakykyään. Ahdistuneisuushäiriöihin kuuluvat sosiaalisten tilanteiden pelko, paniikkihäiriö tai julkisten paikkojen pelko. (Kaski ym. 2009, 119.)

Kehitysvammaisilla henkilöillä ilmeneviä persoonallisuus häiriöitä ovat mm. epävakaa persoonallisuus, huomionhakuinen persoonallisuus ja riippuvainen persoonallisuus. Ongelmia voivat tuottaa myös käytöshäiriöt kuten esimerkiksi päihde- ja peliriippuvuus sekä seksuaalisen identiteetin häiriöt. Lievästi kehitysvammaisen henkilön luonnehäiriön hoito voi olla haasteellista. Tällöin henkilö voi ajautua epäsosiaalisiin ja rikollisiin piireihin. (Kaski ym. 2009, 121.)

Vakavien mielenterveyshäiriöiden esiintyvyys kehitysvammaisilla arvioidaan noin 5-10%. Kaksisuuntainen mielialahäiriö ja skitsofrenia ovat yleisimmät kehitysvammaisilla ilmenevät mielisairaudet. Kaksisuuntaisen mielialahäiriön diagnoosi suhteellisen vaikea ja vaati kehitysvammaisen potilaan hyvää tuntemista. Ja selvien mielialan muutoksien havaitseminen ei ole ongelmatonta erityisesti lyhyissä hypomaanisissa tiloissa. Skitsofrenia alkaa myös kehitysvammaisella aikuistuessaa. Oireet ovat välinpitämättömyys muita henkilöitä kohtaan, vetäytyminen omiin oloihinsa ja erilaiset harhat. Skitsofrenian

hoidossa on saavutettu positiivisia tuloksia neurolepti -lääkehoitoon eriasteista työ- ja kontaktiterapiaa. (Kaski ym. 2009, 121.)

2.5 Itsemääräämisoikeus kehitysvammahuollossa

Suomen perustuslaki (1999/731) turvaa jokaiselle yksilön vapaudet, itsemääräämisoikeus tukee henkilön vapautta, koskemattomuutta sekä turvallisuutta. Nykypäivän kehitysvammaisen yksilön asemaa ja roolia yhteiskunnassa tähdätään kohti autonomista toimijuutta. Tavoitteena pidetään, että kehitysvammainen pystyisi tekemään itsenäisiä valintoja ja päätöksiä oman elämänsä suhteen. Näin itsemäärääminen toteutuisi kanssakäymisessä toisten ihmisten ja lähityöntekijöiden kanssa. Lähityöntekijä ei enää päättä kehitysvammaisen puolesta, mikä on parasta, vaan hän toimii eräänlaisena neuvonantajana ja asiantuntijana kehitysvammaiselle henkilölle. (Vesala 2010, 126.)

YK:n vammaisten henkilöiden oikeuksia koskeva yleissopimus astui voimaan Suomessa samaan aikaan uudistuneen kehitysvammalain kanssa 10.6.2016. Tässä sopimuksessa määritellään vammaisten ihmisten oikeutta osallistua täysimääräisesti yhteiskuntaan. Sopimuksen tarkoituksena on taata vammaiselle ihmiselle ihmisoikeudet ja perusvapaudet. Yleissopimuksessa painotetaan vammaisten henkilöiden itsemääräämisoikeutta valinnan vapauksineen. Yleissopimukseen sisältyy valinnainen pöytäkirja, jonka mukaan vammainen henkilö voi tehdä valituksen, jos hän kokee, että sopimusta ei ole hänen kohdallaan noudatettu. Sopimuksessa painotetaan itsemääräämisoikeutta, johon kuuluu vapaus valita. (Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö 2016)

Suomen vammaispoliittinen ohjelma (VAMPO 2010-15) määrittelee, että itsemääräämisoikeus koskee kaikkia vammaisia henkilöitä, sekä asumispalveluissa että laitoshoidossa olevia. Jos kehitysvammaisella ihmisellä ei ole kykyä tahdon ilmaisemiseen, voidaan häntä tukea niin, että hänen tahtoaan voidaan noudattaa. Tällöin on kyse tuetusta päätöksenteosta. (STM 2010:4.)

Itsemääräämisoikeuden toteutuminen arjessa on usein organisaatioiden ja niissä työskentelevän henkilökunnan työn keskiössä. Lähtökohtaisesti on löydettävä tasapaino itsemääräämisoikeuden toteutumisen ja terveyden turvaamisen välillä. Tärkeää on tunnistaa, missä itsemääräämisoikeuden rajat menevät. (Vernerinet 2016.)

Itsemääräämisoikeuden toteutumiseksi kehitysvammaiselle henkilölle on selvitettävä oikeudet ja velvollisuudet sekä mahdolliset vaihtoehdot, jotka vaikuttavat hänen elämänsä, siten että henkilö ymmärtää sisällön ja merkityksen. (Forssén, Virtanen 2009, 15.)

Yksiköissä, joissa joudutaan itsemääräämisoikeutta rajoittamaan, tulee olla selkeät ohjeistukset tilanteissa toimimiseksi. Varsinais-Suomen erityishuolto piirillä on annettu selkeä kirjallinen ohjeistus, siitä miten itsemääräämisoikeutta tuetaan, tätä varten laaditaan yhdessä asiakkaan tai laillisen edustajan kanssa kirjallinen suunnitelma. (KTO kehitysvamma-alan tuki ja osaamiskeskus 2017.)

3 KEHITYSVAMMATYÖTÄ OHJAAVAT LAIT

Kehitysvammaisia ja kehitysvammatyötä säätelevät monet lait. Kehitysvammaisia koskeva lainsäädäntö on ollut viime aikoina uudistumassa. Päivitetyn kehitysvammalain lisäksi sosiaali- ja terveysministeriö valmistelee vammaispalvelulain ja kehitysvammalain yhdistämistä. Tämän lain olisi tarkoitus tulla voimaan 2019. Uudistamisen lähtökohta on parantaa vammaisten ihmisten osallisuutta ja yhdenvertaisuutta. Valmisteilla on myös uusi itsemääräämisoikeuslaki, jolla pyritään vahvistamaan potilaan itsemääräämisoikeutta. (STM 2016.)

Lakien noudattamista pidetään ammattilaisen velvollisuutena, lain ja etiikan suhde puhututtaakin sekä ammattilaisia että alalle opiskelijoita paljon. Monesti pohditaan, miten toimitaan, kun eettinen näkökulma on ristiriidassa lain kanssa. Tämä korostuu pakkotoimenpiteitä toteutettaessa usein. Työtä ja toimintaa ohjaavat lait sekä normit ovat tärkeä tietää ja tuntea, jotta tasa-arvoinen kohtelu toteutuu. Lakeja ja normeja tulkittaessa tulee ammattihenkilön noudattaa lakia eikä arvioida asiakkaan elämäntilannetta, vaikka se voisi olla eettisesti oikein. (Juujärvi, Myyry & Pesso 2007, 74- 78.)

Taulukko 1 Kehitysvammatyötä ohjaavia lakeja

Laki	Keskeinen sisältö
Suomenperustuslaki, 6§ 11.6.1999/731	"Ketään ei saa ilman hyväksyttävää perustetta asettaa eri asemaan iän, alkuperän, kielen, uskonnon, vakaumuksen, mielipiteen, terveydentilan, vammaisuuden tai muun henkilöön liittyvän syyn perusteella"
Suomen perustuslaki, 7§ 11.6.1999/731	"Jokaisella on oikeus elämään sekä henkilökohtaiseen vapauteen, koskemattomuuteen, ja turvallisuuteen."
Suomen perustuslaki, 10§, 11.6. 1999/731	"Yksityiselämän suojan lähtökohta on yksilön oikeus elää omaa elämäänsä ilman viranomaisten tai muiden ulkopuolisten tahojen mielivaltaista tai aiheetonta puuttumista siihen. Yksityiselämään kuuluu myös yksilön oikeus määrätä itsestään ja ruumistaan."
Suomen perustuslaki, 19§, 11.6.1999/731	Lailla taataan jokaiselle välttämätön toimeentulo ja huolenpito, joka ei itse kykene hankkimaan ihmisarvoista elämää ja sen edellyttämää turvaa. "Julkisen vallan on turvattava, sen mukaan kuin lailla tarkemmin säädetään, jokaiselle riittävät sosiaali- ja terveyspalvelut ja edistettävä väestön terveyttä.
Laki kehitysvammaisten erityishuollosta 519/1977	Kehitysvammalaki uudistui kesällä 2016 rajoitustoimenpide säännösten ja tahdosta riippumattomaan erityishuoltoon määräämisen säännösten kohdalta.

Laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista, 22.9.2000/812	<p>"Asiakkaalla on oikeus saada sosiaalihuollon toteuttajalta laadultaan hyvää sosiaalihoitoa ja hyvää kohtelua ilman syrjintää. Asiakasta on kohdeltava siten, ettei hänen ihmisarvoa loukata sekä että hänen vakaumustaan ja yksityisyyttään kunnioitetaan"</p> <p>Lain tarkoituksena on edistää hyvän oikeusturvan, huollon ja hoidon toteutumista, asiakas ryhmillä, joilla ei ole itsellään edellytyksiä tai ne ovat heikentyneet, jotta asiakas pystyisi itse pitämään huolta omista oikeuksistaan. Lain mukaan on huomioitava asiakkaan omat toivomukset, mielipiteet, asiakkaan etu, yksilölliset tarpeet sekä asiakkaan äidinkieli ja kulttuuritausta. Jos asiakas ei itse pysty osallistumaan palvelusuunnitelmansa ja etujensa, oikeuksiensa sekä hoidon suunnitteluun, selvitetään edellä mainitut tarpeet asiakkaan laillisen edustajan tai omaisen kanssa.</p>
Mielenterveyslaki, 1116/1990	28§ <p>Henkilön itsemääräämisoikeutta ja muita perusoikeuksia rajoittavia toimenpiteitä voidaan lain nojalla käyttää, kun kyseessä on sairauden hoito, henkilön turvallisuus taikka laissa määriteltyjen etujen saaminen vaatii. Toimenpiteet tulee aina suorittaa mahdollisimman turvallisesti sekä henkilön ihmisarvoa kunnioittaen, huomioiden henkilön hoidossa olon perusteen.</p>
Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785	<p>Laki potilaan asemasta ja oikeuksista koskee koko terveydenhuoltoa ja sosiaalihuollon laitoksia, joissa annetaan myös terveydenhuollon palveluja.</p> <p>Laki sisältää keskeiset asiat liittyen potilaan oikeuksista, oikeusturvasta ja potilaan hoitoon sekä kohteluun liittyen.</p> <p>Laissa käsitellään myös potilasasiakirjoihin ja hoitoon liittyvän materiaaliin käsittely ja eteenpäin antaminen.</p>
Vammaispalvelulaki	<p>Sosiaali- ja terveysministeriö on uudistamassa vammaislainsäädäntöä. Uudistuksessa on tarkoitus yhdistää kehitysvammalaki ja vammaispalvelulaki.</p> <p>Tulevan lakiuudistuksen tavoitteena on turvata vahvat perusoikeudet ja kehittää henkilökohtaista apua ja lyhyt aikaista huolenpitoa.</p>

3.1 Taustaa lakimuutoksille

Laki kehitysvammaisten erityishuollosta muuttui 10.6.2016. Muutoksen taustalla oli tarve muuttaa kansallinen lainsäädäntö YK:n vammaissopimuksen määrittämälle tasolle. Lakimuutoksien tarkoituksena on vahvistaa kehitysvammaisen henkilön itsemääräämisoikeutta ja vähentää rajoitustoimenpiteitä erityishuollossa. Uudistunut laki toi mukanaan uudet säännökset rajoitustoimenpiteiden käytön edellytyksistä ja menettelyistä, joita

noudatetaan rajoitustoimenpiteeseen liittyvässä päätöksenteossa. Myös rajoitustoimenpiteiden kirjaamiseen ja jälkiselvittelyyn laadittiin uudet säännökset. (STM 2016.)

Aikaisempi laki kehitysvammahuollosta §42 määritteli pakon käyttöä varsin suurpiirteisesti. Koska lainsäädäntö ei antanut tarkkoja määritelmiä pakkotoimenpiteiden ja muiden rajoittavien menetelmien käytöstä, kirjaamisesta tai valvonnasta kehitysvammaisten erityishuollossa, palveluja järjestävissä organisaatioissa nähtiin tarpeelliseksi luoda toimintaohjeet rajoittavien toimenpiteiden käytöstä. (KTO kehitysvamma-alan tuki ja osaamiskeskus. VSEHP 2013a.)

Esimerkki tapaus: Eduskunnan oikeusasiamiehen saamassa kantelussa käy ilmi käytäntöjen moninaisuus sekä tulkinnan varaisuus, kantelu koski kehitysvammaisten kuntoutuksessa henkilökunnan menettelyä hoitojakson aikana mm. voiman käytössä, yksityisyyden loukkaamisessa sekä eristämisessä, että lääkityksen laimin lyönnissä.

Oikeusasiamiehen lausunnossa käy ilmi, että sairaanhoitopiirin tuolloinen ohjeistus on ollut epä johdonmukainen ja soveltajalla on ollut liian paljon harkintavaltaa. Oikeusasiamiehen mukaan tapauksessa oli noudatettu sairaanhoitopiirin ohjeistusta kantelijan aggressiivisen ja hoitajia uhkaavan käytöksen pohjalta, toiminnasta ei voitu tuomita kehitysvammalain 42§ pakon käyttöä koskevan säännöksen vastaisesti, mutta oikeusasiamies huomauttaa lausunnossaan, että rajoitustoimenpiteiden tulee olla vasta viimeinen keino, ensisijaisesti tulee pyrkiä vahvistamaan asiakkaan itsemääräämisoikeutta. Eduskunnan oikeusasiamies antoi huomautuksen yksikölle vastaisuuden varalle rajoitustoimenpiteiden toteuttamisessa, tämän lisäksi huomiota oli kiinnitetty henkilökunnan käsityksiin ja menettelyihin rajoittamisissa kehitysvammaisten erityishuollossa. (THL 2014)

4 RAJOITUSTOIMENPITEET

KEHITYSVAMMAHUOLLOSSA

Rajoitustoimenpiteillä tarkoitetaan henkilön itsemääräämisoikeuden rajoittamista, silloin kun henkilö on vaaraksi itselleen, muille taikka ympäristölleen, eikä henkilö kykene itse arvioimaan käyttäytymistään. Rajoitustoimenpiteitä voidaan käyttää henkilön välttämättömässä hoidossa, kun muut keinot eivät auta.

Rajoitustoimenpiteisiin voivat osallistua vain sosiaali- ja terveysalan ammattihenkilöt. Rajoitustoimenpiteitä voidaan tehdä joko ratkaisuina- kiireellisissä tilanteissa tai kirjallisina päätösinä. Sosiaali- ja terveysministeriön laatimassa taulokossa kuvataan rajoitustoimenpiteitä, joita voidaan käyttää laissa säädettyjen edellytysten mukaisesti sekä tahdosta riippumattomassa hoidossa sekä vapaaehtoisessa hoidossa, niin laitoksissa, tehostetussa palveluasumisessa kuin yksityisessäkin toimintayksikössä. (STM, 2016)

Alla olevassa taulukossa otteita STM:n rajoitustoimenpide taulukosta.

Taulukko 2 Rajoitustoimenpidetaulukko

Rajoitus-toimenpide	Ratkaisija kiireellisissä tilanteissa	Kirjallisen päätöksen tekeminen	Muutoksen haku
42 f § Kiinnittäminen (lyhyt aikainen)	Toimintayksikön henkilö-kuntaan kuuluva sosiaali- ja terveydehuollon ammattihenkilö	Ei kirjallista päätöstä	Ei muutoksen hakua
42 g § Aineiden ja esineiden haltuunotto	Toimintayksikön henkilö-kuntaan kuuluva sosiaali- ja terveydehuollon ammattihenkilö	Toiminta yksikön vastavan johtajan on tehtävä haltuunotosta kirjallinen päätös, jollei aineita tai esineitä palauteta erityis- huollossa olevalle henkilölle <u>yhden vuorokauden kuluessa</u> .	Hallinto-oikeudelta saa hakea valittamalla muutosta siten kuin hallintolainkäyttölaissa säädetään aineiden ja esineiden haltuunottoa koskevaan (42 g § 2 mom.) kirjalliseen päätökseen.

42 h § Henkilöntarkastus	Toimintayksikön henkilö- kuntaan kuuluva sosiaali- ja terveydenhuollon am- mattihenkilö, jonka on vii- pymättä ilmoitettava asi- asta toiminta yksikön vas- taavalle johtajalle.	Ei kirjallista päätöstä	Ei muutoksen hakua
------------------------------------	--	-------------------------	--------------------

(STM 2016)

4.1 Rajoitustoimenpiteiden käytön yleiset edellytykset

Vanhassa kehitysvammalaissa olleen pakon käyttöä koskevan yleisluontoisen säännök-
sen sijaan uudistuneeseen kehitysvammalakiin on määritelty rajoitustoimenpiteiden
käyttöä koskevat yksityiskohtaiset säännökset. Rajoitustoimenpiteitä voidaan käyttää
vain silloin, kun se on välttämätöntä erityishuollossa olevan tai jonkun toisen henkilön
terveyden tai turvallisuuden suojaamiseksi, tai kun on tarvetta torjua merkittävä omai-
suusvahinko. Rajoitustoimenpiteisiin ei saa ryhtyä, jos käytettävissä on jokin lievempi
keino, ja rajoitustoimenpiteen käyttö on lopetettava heti, kun se ei enää ole välttämätöntä
(STM 2016.)

Rajoitustoimenpiteen on oltava kehitysvammaisen henkilön kannalta perusteltu, tarkoi-
tuksen mukainen. Rajoitustoimenpide on toteutettava ihmisarvoa kunnioittaen, turvallisesti
ja henkilön perustarpeistaan huolehtien. Rajoitustoimenpide on lopettava, jos se vaaran-
taa henkilön turvallisuuden ja terveyden. Tai jos ei ole enää välttämätöntä. Jos kyseessä
on alaikäinen henkilö, on hänen kehitystasonsa, ikänsä ja alaikäisen etu otettava huo-
mioon rajoitustoimenpidettä käyttäessä. (STM 2016.)

Rajoitustoimenpiteiden käytön edellytyksenä on, että yksiköllä on käytössään riittävä lää-
ketieteen, psykologian ja sosiaalityön asiantuntemus hoidon toteuttamista ja seurantaa
varten. (STM 2016.)

Tahdosta riippumattomassa ja vapaaehtoisessa erityishuollossa järjestettäessä tehostettua palveluasumista tai laitospalveluja julkisessa tai yksityisessä toimintayksikössä voidaan käyttää seuraavia rajoitustoimenpiteitä lainmukaisten edellytysten täytyessä:

Kiinnipitäminen

Toimintayksikön henkilökuntaan kuuluva sosiaali- tai terveydenhuollon ammattihenkilö voi pitää lyhytaikaisesti kiinni erityishuollossa olevasta henkilöstä rauhoittamistarkoituksessa. Kiinnipitäminen voi sisältää myös henkilön siirtämisen toimintayksikön tiloissa. Kiinnipitäminen on toteutettava hyväksyttävää hoidollista menetelmää käyttäen. (Laki kehitysvammaisten erityishuollosta 519/1977)

Aineiden ja esineiden haltuunotto

Toimintayksikön henkilökuntaan kuuluva sosiaali- tai terveydenhuollon ammattihenkilö voi ottaa erityishuollossa olevalta henkilöltä toimintayksikön haltuun aineet ja esineet, jotka ominaisuuksiensa puolesta soveltuvat vaarantamaan vakavasti terveyttä tai turvallisuutta taikka merkittävästi vahingoittamaan omaisuutta ja joita todennäköisesti käytettäisiin tähän tarkoitukseen. (Laki kehitysvammaisten erityishuollosta 519/1977)

Henkilöntarkastus

Toimintayksikön henkilökuntaan kuuluva sosiaali- tai terveydenhuollon ammattihenkilö voi tehdä erityishuollossa olevalle henkilölle henkilöntarkastuksen tämän vastustuksesta riippumatta, jos on perusteltua syytä epäillä, että henkilöllä on vaatteissaan tai muutoin yllään taikka mukanaan olevissa tavaroissa 42 g §:n 1 momentissa tarkoitettuja aineita tai esineitä. Edellytyksenä on lisäksi, että erityishuollossa oleva tai muu henkilö todennäköisesti käyttäisi aineita tai esineitä vaarantamaan vakavasti terveyttä tai turvallisuutta taikka merkittävästi vahingoittamaan omaisuutta. (Laki kehitysvammaisten erityishuollosta 519/1977)

Lyhytaikainen erillään pitäminen

Toimintayksikön henkilökuntaan kuuluva sosiaali- tai terveydenhuollon ammattihenkilö voi viedä erityishuollossa olevan henkilön tämän vastustuksesta riippumatta lyhytaikaisesti, enintään kahdeksi tunniksi, erilleen muista henkilöistä rauhoittamistarkoituksessa. Erillään pitämiseen käytettävän huoneen oven voi tarvittaessa lukita. (Laki kehitysvammaisten erityishuollosta 519/1977)

Välttämättömän terveydenhuollon antaminen vastustuksesta huolimatta

Jos erityishuollossa oleva henkilö, joka ei kykene päättämään hoidostaan, vastustaa terveydenhuollon antamista, henkilöä hoitava lääkäri tai lääkärin ohjeiden mukaan toimintayksikön henkilökuntaan kuuluva terveydenhuollon ammattihenkilö voi antaa henkilölle lääketieteellisesti välttämättömän terveydenhuollon henkilön vastustuksesta riippumatta, jos hoitamatta jättäminen uhkasi vaarantaa vakavasti henkilön terveyden. Henkilön tilaa on tällöin seurattava ja arvioitava jatkuvasti hänen terveytensä ja turvallisuutensa edellyttämällä tavalla. (Laki kehitysvammaisten erityishuollosta 519/1977)

Rajoittavien välineiden ja asusteiden käyttö päivittäisissä toiminnoissa

Jos erityishuollossa olevan henkilön terveys tai turvallisuus muutoin todennäköisesti vaarantuisi, toimintayksikön henkilökuntaan kuuluva sosiaali- tai terveydenhuollon ammattihenkilö voi käyttää henkilöllä:

- 1) sängystä putoamista estävää välinettä, joka ei rajoita henkilön raajojen tai kehon liikkeitä, henkilön yö- ja päiväaikaisen lepäämisen ajan ja lyhytaikaisesti muiden päivittäisten toimintojen ajan;
- 2) tuolista putoamista estävää välinettä lyhytaikaisesti henkilön ruokailun ja muiden vastaavien päivittäisten toimintojen ajan; ja
- 3) itsensä vahingoittamista estävää tai turvallisuutta lisäävää välinettä tai asustetta, joka ei rajoita henkilön raajojen tai kehon liikkeitä tai vähäistä enempää henkilön toimintaa, välttämättömän ajan. (Laki kehitysvammaisten erityishuollosta 519/1977)

Rajoittavien välineiden ja asusteiden käyttö vakavissa vaaratilanteissa

Toimintayksikön henkilökuntaan kuuluva sosiaali- tai terveydenhuollon ammattihenkilö voi käyttää erityishuollossa olevalla henkilöllä liikkumista tai henkilön toimintaa rajoittavaa välinettä tai asustetta muissa kuin 42 k §:n 1 momentissa tarkoitetuissa tilanteissa vain, jos henkilö muutoin todennäköisesti vaarantaisi vakavasti oman terveytensä tai turvallisuutensa taikka muiden henkilöiden terveyden tai turvallisuuden. Rajoittavaa välinettä tai asustetta voidaan käyttää vain välttämättömän ajan ja ainoastaan tarkoituksensa mukaisella tavalla. Henkilö voidaan sitoa vain, jolleivät muut keinot ole riittäviä. Sidottuna voidaan pitää vain välttämättömän ajan, kuitenkin yhtäjaksoisesti tai toistuvasti yhteensä enintään kahdeksan tunnin ajan, jona aikana henkilöä hoitavan lääkärin on

arvioitava sitomisen edellytykset uudelleen vähintään kahden tunnin välein. (Laki kehitysvammaisten erityishuollosta 519/1977)

Valvottu liikkuminen

Toimintayksikön henkilökuntaan kuuluva sosiaali- tai terveydenhuollon ammattihenkilö voi valvoa erityishuollossa olevan henkilön liikkumista toimintayksikössä, poistumista toimintayksiköstä ja liikkumista toimintayksikön tai sen yhteydessä olevan piha-alueen ulkopuolella, jos henkilö muutoin todennäköisesti vaarantaisi oman terveytensä tai turvallisuutensa taikka muiden henkilöiden terveyden tai turvallisuuden. (Laki kehitysvammaisten erityishuollosta 519/1977)

Poistumisen estäminen

Toimintayksikön henkilökuntaan kuuluva sosiaali- tai terveydenhuollon ammattihenkilö voi estää erityishuollossa olevaa henkilöä poistumasta toimintayksiköstä tai toimintayksikön yhteydessä olevalta piha-alueelta, jos henkilö saattaisi poistumisellaan itsensä tai toisen henkilön alttiiksi välittömästi uhkaavalle ja vakavalle terveyteen tai turvallisuuteen kohdistuvalle vaaralle. Vastaavin edellytyksin toimintayksikön henkilökuntaan kuuluva sosiaali- tai terveydenhuollon ammattihenkilö voi noutaa erityishuollossa olevan henkilön takaisin toimintayksikköön tai sen yhteydessä olevalle piha-alueelle, jos henkilö tavoitetaan sen välittömästä läheisyydestä. Poistumisen estämiseksi ja henkilön noutamiseksi saadaan käyttää voimakeinoja, jos ne ovat välttämättömiä, kun otetaan huomioon vastustuksen laatu ja voimakkuus, tilanteen uhkaavuus sekä muut olosuhteet. (Laki kehitysvammaisten erityishuollosta 519/1977)

4.2 Rajoitustoimenpiteiden kirjaaminen

Vuonna 1985, sosiaalihallitus antoi velvoitteen kehitysvammapalveluja tuottaville tahoille, pakkotoimenpiteiden kirjaamisesta, joihin nojaten palveluntuottajat ovat tehneet omat ohjeistuksensa. (Verronen 2010, 258.)

Verrosen (2010, 260–261) mukaan pakkotoimenpiteiden kirjaaminen mahdollistaa pakkotoimenpiteiden määrällisen seurannan ja tukee niin asiakkaan, kun henkilökunnankin oikeusturvaa. Edelleen kirjaamisessa on tärkeää yksityiskohtaiset merkinnät pakkotoimenpiteiden valvonnan kannalta ja arvioitaessa saavutettuja tavoitteita. Lisäksi kirjauksien tulisi olla eri yksiköiden välillä verrattavissa. Kirjauksissa tulee käydä selkeästi ilmi

toimenpide, sen tosiasiallinen peruste, kesto, toimenpiteen suorittaja ja vaikutus. Työntekijöiden on hyvä saada näyttöä siitä, että pakkotoimenpiteiden kirjaamisesta on hyötyä. Kirjaaminen on apuna tilanteiden ennakkoinnissa, mutta se on tärkeä myös asukkaan oikeusturvan kannalta. Kirjatut asiat on helpompi todistaa ja tulkita. Kirjaaminen on tärkeää myös työntekijän oikeusturvan kannalta. (Lehestö – Koivunen – Jaakkola 2004, 139–140.)

Kehitysvammaisen henkilön palvelu- ja hoitosuunnitelmaan kirjataan henkilön itsemääräämisoikeutta ja itsenäistä suoriutumista tukevat toimenpiteet. Lisäksi kirjataan keinot, joilla erityishuolto toteutetaan ilman rajoitustoimenpiteitä ja rajoitustoimenpiteet, joita henkilön erityishuollossa arvioidaan jouduttavan käyttämään. (STM 2016.)

Jos erityishuollossa olevaan henkilöön kohdistuu rajoitustoimenpiteitä, tulee henkilön asiakas- tai potilasasiakirjoihin kirjata rajoitustoimenpiteen käytön perusteet. Henkilön näkemys rajoitustoimenpiteistä ja niiden perusteista pitää näkyä kirjauksissa. Lisäksi kuuluu kirjata, mitkä ovat rajoitustoimenpiteiden vaikutukset asiakkaaseen, rajoitustoimenpiteet alkamis- ja päättymisajankohta ja rajoitustoimenpidettä koskevan päätöksen ja suorittajan tiedot. (STM 2016.)

Asianmukainen kirjaaminen on tärkeitä omavalvonnan ja viranomaisvalvonnan kannalta. Mutta kirjaaminen on oleellista myös työntekijän ja asiakkaan oikeusturvan kannalta. Asianmukaiset kirjaamiset varmistavat sen, että tapahtumien kulku voidaan tarvittaessa selvittää myöhemmin. (STM 2016.)

4.3 Rajoitustoimenpiteiden jälkiselvittely

Jos erityishuollossa olevaan henkilöön kohdistuu rajoitustoimenpide, on rajoitustoimenpiteen käyttöä arvioitava erityishuollossa olevan henkilön kanssa viipymättä. Jälkiselvityksessä pitää arvioida rajoitustoimenpiteen perusteita ja keinoja, joilla välttää tulevaisuudessa rajoitustoimenpiteiden käyttö. (STM 2016.)

Henkilölle on myös viipymättä annettava selvitys rajoitustoimenpiteiden sisällöstä ja perusteista sekä käytettävistä oikeusturvakeinoista. (Laki kehitysvammaisen erityishuollossa 519/1977) Tämä selvitys täytyy antaa ymmärrettävässä muodossa huomioon ottaen vastaanottajan käyttämät kommunikaatiomenetelmät. Henkilön lailliselle edustajalle tai hänen omaiselleen on annettava selvitys rajoitustoimenpiteiden käytöstä kuukausittain. Selvitys käytettyjen rajoitustoimenpiteiden käytöstä on annettava myös henkilön omatyöntekijälle. Rajoitustoimenpidettä koskeva kirjallinen valituskelpoinen päätös on annettava niille, joilla on oikeus hakea päätökseen muutosta. Tämä tarkoittaa henkilöä itseään, hänen laillista edustajaansa tai hänen asioita hoitavaansa omaista. (STM 2016.)

5 HOITOHENKILÖKUNTA JA HAASTAVAT ASIAKASTILANTEET

5.1 Väkivallan kohtaaminen

”Työssä, johon liittyy ilmeinen väkivallan uhka, työ ja työolosuhteet on järjestettävä siten, että väkivallan uhka ja väkivaltatilanteet ehkäistään mahdollisuuksien mukaan ennakolta. Tällöin työpaikalla on oltava väkivallan torjumiseen tai rajoittamiseen tarvittavat asianmukaiset turvallisuusjärjestelyt tai -laitteet sekä mahdollisuus avun hälyttämiseen.” (Työturvallisuuslaki 738/2002) Työturvallisuuslain tarkoituksena on parantaa työympäristöä ja olosuhteita työntekijöiden työkyvyn turvaamiseksi ja ylläpitämiseksi. (Rantaescola ym.2015, 37.)

Väkivalta on lisääntynyt palvelualoilla. Tämä näkyy erityisesti sosiaali- ja terveysaloilla uhkailuna ja fyysisenä väkivaltana. Tähän sisältyy myös henkinen väkivalta, jota esiintyy haukkumisena ja seksuaalisena häirintänä. Vuonna 2005 tehdyn kuntabarometrin mukaan noin joka kolmas terveydenhuollon työntekijä oli joutunut kokemaan väkivaltaa työssään. Uhka ja väkivaltatilanteet liittyvät usein hoito- tai palvelutilanteisiin. (Miettinen ym. 2007.)

Louhelan ja Saarisen (2006, 13-14) mukaan kehitysvammatyössä esiintyy paljon väkivaltaista käytöstä henkilökuntaa kohtaan. Tämä oletettiin johtuvan puutteellisesta ilmaisukyvystä, jolloin tunnetiloja tuodaan esiin väkivaltaisen käytöksen kautta. Kehitysvammaisten väkivaltaisuuteen liittyviksi tekijöiksi mainitaan miessukupuoli, epilepsia, lapsuusikä ja huono liikuntakyky.

Haastavien tilanteiden kohtaamista ei voi jättää yksinomaan työntekijöiden vastuulle. Haastavien tilanteiden ja työpaikkaväkivallan kohtaamisessa on kysymys työturvallisuudesta. Työturvallisuus on työnantajaan kohdistuva lainsäädännöllinen velvoite. Työntekijän turvallisuus linkittyy myös ihmisoikeuksien toteutumiseen. (Rantaescola ym.2015, 37.)

Pitkäsen (2003, 51) pro gradu tutkimuksen mukaan hoitajien kuvauksista voi löytää kolme näkökulmaa väkivaltaan. Haastateltavat kuvasivat väkivaltatilanteita laukaisevia, väkivallan muotoja ja sen hallintakeinoja. Kuvauksissa korostuivat tilanteet, jossa poti-

laan itsemääräisoikeutta jouduttiin rajoittamaan. Tällaisia tilanteita oli esimerkiksi vastentahtoinen sairaalaan tuleminen tai vastentahtoinen hoitotoimenpiteen suorittaminen. Myös väkivaltaa lisääväksi tekijäksi mainittiin hoitajien ammatillisuuden puutteellisuus.

Väkivaltaisen asiakkaan kohtaamisessa henkilökunta joutuu fyysisesti ja henkisesti kokemaan kovia. Tilanne voi olla odottamaton ja hyvinkin raju. Oleellista on se, miten ongelma tilanteisiin on varauduttu. Ennakoiva asenne työssä on tärkeää. Yksiköissä, joissa väkivaltariski on normaalia korkeampi, henkilökunta koulutetaan kohtamaan väkivaltaisia tilanteita. (KTO kehitysvamma-alan tuki ja osaamiskeskus. VSEHP 2013b)

Akuutin väkivaltatilanteen kohtaamista helpottavat selkeät toimintaohjeet tilanteen varalle. Tämän lisäksi henkilökunnan yhtenäinen toimintatapa saattaa toimia asiakkaalle ennaltaehkäisevänä tekijänä rajoittamistilanteissa. Mahdolliset henkilökuntaan ja ympäristöön liittyvät provosoivat tekijät tulee minimoida. Hoitoyksikössä tulee huolehtia muiden henkilöiden riittävästä turvallisuudesta toimivalla hälytysjärjestelmällä. (Kosken-
tausta 2006, 4830.)

Nuoremmilla ja vähemmän työkokemusta omaavilla hoitajilla on isompi riski joutua väkivallankohteeksi hoitotyössä. Mieshoitajat kohtaavat useammin väkivaltaa kuin naiset. Tämä ei kuitenkaan ole aivan yksiselitteistä, koska miehet joutuvat väkivallan kohteeksi usein jo sen vuoksi, että he menevät tilanteisiin usein ensimmäisenä. Ja toisaalta työpaikan sukupuolirakenne myös selittää tuloksia. Usein miehiä on enemmän töissä väkivaltaisissa potilaita hoitavissa yksiköissä. (Louhela, Saarinen 2006, 12-13.)

Väkivaltatilanteen ennakkointi korostui Pitkäsen (2003, 31) pro gradu tutkielmassa. Tutkimukseen osallistuvissa yksiköissä oli ollut suuntaus, jossa pyrittiin mahdollisimman pitkälle ennakoimaan mahdollinen väkivaltatilanne ja toimimaan ennakoivasti ennen kuin mitään tapahtuu.

Kontion (2011, 43) tutkimuksen mukaan hoitajat ja lääkärit korostivat kirjoitettujen toimintaohjeiden tärkeyttä. Toimintatapoihin pitäisi sisällyttää olennainen lainsäädäntö, säännöt ja kriteerit rajoitustoimenpiteille. Toisaalta jotkut hoitajat eivät mielestään tarvinneet kirjoitettuja ohjesääntöjä, koska jokainen rajoittamistilanne on yksilöllinen, eikä näin ollen voi toimia tietyn ohjesäännön mukaan. Kuitenkin kuvaukset ennakoivista toimintavoista rajoittamistilanteessa olivat tutkimukseen osallistuneilla yksiköillä samanlaiset: Havainnointi, terapeutin vuorovaikutus, lääkityksen tarjoaminen, vaihtoehtojen miettiminen ja henkilökunnan määrän lisääminen.

Väkivaltatilanteet aiheuttavat hoitajille psyykkisiä ja fyysisiä tuntemuksia. Usein ensimmäinen tunne on pelko, mutta suuttumusta ja kiukkua esiintyy hoitajien kohdatessa väkivaltaa työssään. Tilanteen yllättävyys voi tuoda esiin myös aggressiivisia tuntemuksia hoitajissa. Tilanteessa esiin nousseita fyysisiä tuntemuksia olivat esimerkiksi tärinä ja kiihtynyt sydämen lyöntitiheys. Usein äkillisen ja nopean tilanteen jälkeen nousi esiin erilaisia tuntemuksia kuten pelästyminen, järkytys ja kiukku ja viha. Toisaalta osa hoitajista mainitsi kokevansa häpeää ja syyllisyyttä väkivaltatilanteen jälkeen. (Pitkänen, 2003 32-33.)

5.2 Rajoitustilanteiden jälkipuinti henkilökunnan kanssa

Pitkäsen (2003, 37) tutkimuksen mukaan hoitoalalla on alettu panostamaan väkivaltatilanteiden jälkikäsittelyyn. Tutkimuksessa mukana olleet hoitajat korostivat jälkikäsittelyn tärkeyttä henkilön psyykkisen tasapainon vuoksi. Tilanteiden käsittely työryhmässä pidettiin tärkeänä myös työyhteisön toimivuuden kannalta. Yhdessä asiaa läpi käyden voitiin arvioida tilannetta jälkikäteen sekä saada palautetta. Tilanteita käsitellään niin muodollisissa ja epämuodollisissa tilanteissa. Jälkimmäiset tarkoittivat tilanteessa olleiden henkilöiden keskusteluja. Muodollisempi väkivaltatilanteen käsittely voi tapahtua esimerkiksi debriefing -istunnossa.

Kriittisten tilanteiden käsittelyyn kehiteltyjä tapoja kuvataan usein nimillä defusing ja debriefing. Näistä on kehitelty työyhteisökohtaisia sovelluksia. Rajoitustoimenpiteiden ja niihin liittyvien uhka- ja vaaratilanteiden jälkipuinnista käytetään yleisesti nimitystä defusing eli kriisi ensiapu. Toinen jälkipuinti tapa on debriefing eli kriisin jälkipuinti. (KTO 2013b)

Defusing -istunnon tavoitteet liittyvät kriittisen tilanteen aiheuttamien reaktioiden vähentämiseen, tilanteen normalisointiin ja työkyvyn palauttamiseen. Istunnossa ei keskitytä tilanteessa mahdollisesti sattuneisiin virheisiin, vaan kartoitetaan faktat, mitä tilanteessa oikein tapahtui. Istuntojen hyödyllisyyttä perustellaan sillä, että työntekijä kokee vaikeiden tilanteiden aiheuttamat tunteet joka tapauksessa. Näin työntekijän ei tarvitse yksin käsitellä tilanteessa tapahtuneita asioita ilman työyhteisön tukea. Defusing -istunnon tavoitteena on myös vertaistukiverkoston hyödyntäminen ja kokemusten jakaminen. (Rantaescola ym. 2015, 185.)

Työtilanteeseen liittyvissä kriiseissä (uhkaukset, pahoinpitely, läheltäpiti- tilanteet) voi henkilökunta saada välitöntä kriisi ensiapua välittömästi tapahtuman lauettua. Apua voi saada ensi sijassa omalta työyhteisöltä tai tarvittaessa päivystävältä sairaanhoitajalta. Kriisi ensiavun kesto on lyhytaikaista, muutamasta minuutista tuntiin. Kriisi ensiavun tarkoitus on jälkireaktioiden ymmärtäminen ja normalisointi niin, että työntekijä pystyy palaamaan työhönsä. Myös kriisin debriefing tarpeen arviointi on tärkeää. (KTO, 2013b.)

Kriisin jälkipuintiin on mahdollisuus, jos defusing ei ole riittävää ja jos kyseessä on suurta tunnerasitusta aiheuttava tapahtuma. Kriisin jälkipuinti tulee tapahtua 1-3 vrk:n kuluessa tapahtumasta. Jälkipuinti on yksilö- ja ryhmäkeskustelua, jossa ajatuksia ja muistoja tapahtuneesta käydään luottamuksellisesti läpi ilman muistiinpanoja. Keskustelu voi kestää jopa tunteja. (KTO, 2013b.)

5.3 Henkilökunnan koulutus

Suuressa osassa suomalaisen terveydenhuollon toimipisteitä käytetään jotain väkivalta-tilanteiden hallintakoulutusta osana työntekijöiden täydennyskoulutusta. Kokemuksien perusteella koulutuksista on ollut hyötyä henkilökunnan ja potilaiden turvallisuuden kannalta sekä haastavien tilanteiden hallinnan kannalta. Väkivaltatilanteiden hallintakoulutuksissa korostuvat ennaltaehkäisevät ja vuorovaikutukselliset toimintatavat. (Makko-nen, Putkonen, Korhonen, Kuosmanen & Kärkkäinen 2016, 41.)

Suomessa on käytössä erilaisia väkivaltatilanteiden hallinta koulutusmenetelmiä:

- Mapa (Management of Actual or Potential Aggression)
- Väkivaltatilanteiden Ennaltaehkäisy ja Turvallinen Hoito (VETH)
- Hallittu Fyysinen Rajoittaminen (HFR)
- AVEKKI (Aggression ja Väkivallan Ennakointia sekä hallintaa ja toimintatapa-malli sisältää Kouluttamista, Kehittämistä sekä yhteiskuntaan Integrointia)
- Hallittu Terapeuttinen Fyysinen Rajoittaminen (HTFR)
- Aggressioiden Hoidollinen Hallinta (AHHA)
- Hallittu Hoidollinen Rajoittaminen (HHR)

Näistä väkivallan hallintakoulutuksista MAPA on ollut käytössä opinnäytetyöhön osallis-tuvissa yksiköissä. Management of Actual or Potential Aggression tarkoittaa Englannissa kehitettyä koulutusta ja toimintamallia haastavan käytöksen ennaltaehkäisyyn, hallintaan

ja turvalliseen hoitoon sosiaali- ja terveysalalla. Menetelmässä keskeisintä on haastavan käytöksen ennakointi ja välttäminen hoidollisen vuorovaikutuksen ja toiminnallisuuden keinoin. Sen pääperiaatteina ovat kivuttomuus ja turvallisuus. Mapan ydin on kehittää haasteellisten ja levottomien potilaiden hoitoa. (Suomen Mapa keskus 2016.)

Mapa tuli Suomeen 2000-luvun alussa. Aluksi Mapaa käytettiin lähinnä psykiatriassa, mutta viime aikoina se on levinnyt esimerkiksi lastensuojelun ja kehitysvamma alan puolelle (Suomen Mapa keskus 2016)

.

6 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSKYSYMYKSET

Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää Varsinais-Suomen erityishuoltopiirin Paimion yksiköiden henkilökunnan kokemuksia ja näkemyksiä rajoitustoimenpiteiden toteuttamisesta, kirjaamisesta ja mahdollisesta jälkipuinnista. Tarkoituksena oli myös selvittää minkä tyyppisiä, ja minkälaisissa olosuhteissa henkilökunta työssään rajoitustoimia toteuttaa. Lisäksi tarkoituksena oli selvittää, minkälaisia tuntemuksia rajoitustoimenpiteiden toteuttaminen herättää henkilökunnassa.

Opinnäytetyön tavoitteena on tuottaa uutta kokemuseräistä tietoa liittyen rajoitustoimenpiteiden toteuttamiseen, kirjaamiseen ja jälkipuintiin ja tätä kautta kehittää rajoitustoimenpiteisiin liittyviä käytänteitä.

Tutkimuskysymykset ovat seuraavat:

1. Minkälaisia rajoitustoimenpiteitä henkilökunta toteuttaa työssään?
2. Millaisia ovat rajoitustoimenpiteisiin johtavat tilanteet?
3. Millaisia ajatuksia rajoitustoimenpiteiden toteuttaminen herättää?
4. Millaisilla keinoilla rajoitustoimenpiteitä voitaisiin ennaltaehkäistä?

7 MENETELMÄLLISET LÄHTÖKOHDAT

7.1 Tiedonhaun kuvaus

Käytimme opinnäytetyössämme lähderunkona alan ajankohtaisia lakeja. Esimerkiksi kehitysvammalaki ja sen muuttuneet säännökset rajoitustoimenpiteistä ovat työmme ytimessä. Lähdekirjallisuuden löytämisen kriteereinä on pidetty mahdollisimman tuoreita tutkimuksia. Väitöskirjat, pro gradu -tutkielmat ja tieteelliset artikkelit etsittiin alan tietokantojen avulla. Tässä opinnäytetyössä käytettyjä tietokantoja ovat: Medic, PubMed ja Cinahl. Tietokannoissa käytetyt hakusanat ovat esitetty taulukossa.

Taulukko 3 Tiedonhakutaulukko

tietokanta	hakusanat
Medic	kehitysvamm*, rajoitt*, agress*, pakon käyttö, psykiatria, itsemäämis*, hoitajien asenne
Cinahl	intellectual disability, restraint, seclusion, nurses attitude
PubMed	intellectual disability, restraint, seclusion, nurses attitude

Tutkimuksia etsiessä havaitsimme, että rajoitustoimenpiteiden käyttöä kehitysvammapuollossa käsitteleviä ajankohtaisia tutkimuksia ja tieteellisiä artikkeleja löytyi todella vähän, joten laajensimme tutkimuskriteereiksi myös psykiatrisen hoidon puolelta tehtyjä tutkimuksia, joissa tutkitaan hoitohenkilökunnan näkemyksiä rajoitustoimenpiteisiin.

7.2 Tutkimusjoukon ja ympäristön kuvaus

Varsinais-Suomen erityishuoltopiirin Kehitysvamma-alan tuki ja osaamiskeskuksen päätoimipiste on Paimiossa, mutta se tarjoaa myös erilaisia asumispalveluja, työ- ja päivätoimintaa sekä valmentavaa kuntoutusta ympäri Varsinais-Suomea. Opinnäytetyön haastattelut suoritettiin kehitysvammapsykiatrisessa kriisi- ja tutkimusyksikössä ja entisessä palvelukoti viidessä. Kriisi- tutkimus ja kuntoutuspalveluihin kuuluvat kehitysvammapsykiatriset palvelut ja tutkimus ja kuntoutussuunnitelmapalvelut. KTO tarjoaa myös lyhyt- ja pitkäkestoisen kuntoutuksen palveluja. (KTO 2017, 4.)

Kehitysvammapsykiatrinen kriisi- ja tutkimusyksikkö tarjoaa tukea ja hoitoa kehitysvammaisille erilaisissa kriisitilanteissa. Kehitysvammapsykiatriset palvelut ovat suunnattu henkilöille joilla on psyykkisiä häiriöitä, autismin kirjon häiriöitä tai haastavaa käytöstä. Hoito osastolle on moniammatillista yhteistyötä ja asiakkaan hoitokokonaisuuteen osallistuu lääkäri, psykologi, sosiaalityön ja lähityön kehitysvamma-alan osaajat. Tarvittaessa käytettävissä on myös toiminta-, puhe-, fysio- ja musiikkiterapeutti, kommunikaatio-ohjaaja ja seksuaalineuvoja. Hoito- ja tutkimusjakso kestää yleensä noin 3- 6 viikkoa. Asiakaspaikkoja osastolla on 20.(KTO 2017.)

Opinnäytetyön tutkimuksen kohderyhmän muodostivat Varsinais-Suomen erityishuoltopiirin pitkäaikaiset hoitajat, jotka ovat työssään joutuneet turvautumaan rajoitustoimenpiteisiin sekä nähneet alan kehityksen ja muutoksen alla olevan vaikutuksen. Hoitajat valittiin osastoilta, joilla rajoitustoimenpiteisiin joudutaan turvautumaan. Haastateltavaksi valituilla hoitajilla tuli olla riittävästi kokemusta tutkittavasta aiheesta. Tavoitteena oli saada haastateltavaksi eri sukupuolia ja eri ikäluokkia edustavia hoitoalan henkilökuntaa ja jolloin saimme haastatteluihin mahdollisimman laaja-alaista näkökulmaa. Haastateltaville henkilöille ilmoitettiin kirjeitse mahdollisuudesta osallistua opinnäytetyö haastatteluihin. (Liite 2).

7.3 Kvalitatiivinen tutkimus

Opinnäytetyö toteutettiin kvalitatiivisena eli laadullisena tutkimuksena, koska tämä sopi parhaiten opinnäytetyön tarkoituksen ja tavoitteiden mukaisten tulosten saavuttamiseen. Yleisesti on todettu, että laadullisessa tutkimuksessa on pyrkimyksenä ennemminkin löytää tai paljastaa tosi asioita kuin todentaa jo olemassa olevia väittämiä. (Hirsjärvi ym. 2008,157.)

Laadullisen tutkimuksen lähtökohta on todellisen elämän kuvaaminen. Siihen sisältyy ajatus todellisuuden moninaisuudesta. (Hirsjärvi ym 2008, 161.) Laadullinen tutkimus on syntynyt ajatuksesta, että ihmistä ja ihmisten maailmaa ei voi tutkia samalla tavalla kuin muuta luontoa. Näin siis laadullisen tutkimuksen taustalta löytyy ihmistieteellisen tutkimuksen idea. (Tuomi 2007, 97). Laadullista tutkimusta käytetään, kun aikaisempaa tutkimustietoa on vähän tai ei ollenkaan. Toisinaan laadullisen tarkoitus, on löytää jo tutkituun ilmiöön uusi näkökulma. (Kylmä & Juvakka 2007, 30.)

Laadullisessa tutkimuksessa käytetään yleisimmin aineiston keruumenetelminä haastattelua, kyselyä, havainnointia ja erilaisiin dokumentteihin perustuvia tietoja. (Tuomi & Sarajärvi 2013,71) Kerätessä tutkimusaineistoa lähestytään tutkittavaa ilmiötä mahdollisimman avoimesti. Haastatteluissa tehdään mahdollisimman avoimia haastattelukysymyksiä. Aineistonkeruumenetelmää valittaessa on tärkeää miettiä, mitä tietoa haetaan ja miten sitä voidaan kerätä.

Laadulliselle tutkimukselle luonteenomaista on induktiivinen päättely. Induktiivisessa päättelyssä tehdään havainto yksittäisistä tutkimushavainnoista, jotka yhdistetään suuremmaksi kokonaisuudeksi. Kvalitatiivisessa tutkimuksessa todellisuutta tarkastellaan ilman teoreettista lähtökohta. Tutkimuksen tekijällä tulee kuitenkin tutkittavasta ilmiöstä riittävästi tietoa, jotta hän tietää, mitä tutkitaan. Ja miten tutkittavasta ilmiöstä saa kerätyksi parhaiten tietoa. (Kylmä & Juvakka 2007, 22.)

7.4 Aineiston keruu

Tutkimus toteutettiin yksilöhaastatteluna suorassa vuorovaikutustilanteessa. Tämä loi mahdollisuuden tiedonkeruuvaiheessa tilanteen muokkautumiselle, jolloin oli mahdollista saada esiin vastausten taustalla olevia motiiveja. Yksilöhaastattelu oli paras valinta haastattelumuodoksi, koska haastattelihoilla ei ollut aikaisempaa kokemusta haastattelijoina toimimisesta.

Tutkimuksen kohderyhmän muodostivat hoitajat, jotka työskentelivät haastavasti käytäyttyvien kehitysvammaisten henkilöiden kanssa ja joilla oli kokemuksia rajoitustoimenpiteistä. Hoitajat valittiin osastoilta, joilla rajoitustoimenpiteisiin joudutaan turvautumaan. Haastateltavaksi valituilla hoitajilla tuli olla riittävästi kokemusta tutkittavasta aiheesta. Tavoitteena oli saada haastateltavaksi eri sukupuolia ja eri ikäluokkia edustavia hoitoalan henkilökuntaa ja jolloin saimme haastatteluihin mahdollisimman laaja-alaista näkökulmaa. Haastateltaville henkilöille ilmoitettiin kirjeitse mahdollisuudesta osallistua opinäytetyö haastatteluihin. (Liite 2) Haastattelututkimuksen etuna pidetään myös sitä, että haastateltavat yleensä suostuvat mukaan tutkimukseen. (Hirsjärvi ym. 2008, 201) Samalla lähetettiin haastateltaville myös haastattelun teemat kirjeitse lokakuussa 2016. (Liite 1)

Haastatteluteemat muotoiltiin tutkimuskysymyksien perusteella. Teemahaastattelussa on tunnusomaista, että sen aihepiirit eli teemat ovat tiedossa etukäteen, mutta kysymysten tarkat muodot puuttuvat. Teemahaastattelu on yleisesti käytössä kasvatus- ja yhteiskuntatieteellisessä tutkimuksessa. (Hirsjärvi ym.2008,203) Teemahaastattelun etu oli sen joustavuus haastattelutilanteessa. Haastattelijalla oli mahdollisuus tarkentaa tai vaikka toistaa kysymyksiä. Samalla haastattelija voi havainnoida miten, jokin asia ilmaistii. Tutkimushaastattelu loi mahdollisuuden valita haastateltaviksi henkilöitä, joilla tiedettiin olevan riittävästi kokemusta, tietoa ja mielenkiintoa tutkittavaa aihetta kohtaan. (Tuomi & Sarajärvi 2009.)

Haastattelun teemat olivat:

1. Henkilökunnan toteuttamat rajoittamistoimenpiteet
2. Rajoitustoimenpiteisiin johtavat tilanteet
3. Rajoittamistoimenpiteiden herättämät ajatukset
4. Millaisilla keinoilla voitaisiin rajoitustoimenpiteitä ennaltaehkäistä?

Yksilöhaastattelut tallennettiin digitaalisella tallentimella. Tällä tavoin saatiin haastattelu sujumaan luontevasti ilman turhia taukoja. Haastateltaville ilmoitettiin, että haastattelu tallennetaan. (Hirsjärvi & Hurme 2001,92) Tallenteet tulivat vain haastattelijoiden käyttöön ja ne hävitettiin litteroinnin jälkeen asian mukaisesti.

7.5 Aineistolähtöinen sisällönanalyysi

Tässä tutkimuksessa aineisto analysoitiin aineistolähtöisellä eli induktiivisella sisällön analyysillä. Sisällönanalyysi on perusanalyysimenetelmä, jota käytetään kaikissa laadullisen tutkimuksen perinteissä. (Tuomi & Sarajärvi.2013,91) Sisällönanalyysi menetelmällä pyritään saamaan tutkittavasta ilmiöstä kuvaus yleisessä ja tiivistetyssä muodossa. Näin saadaan kerätty aineisto järjestetyksi johtopäätöskien tekemistä varten. (Tuomi & Sarajärvi.2013, 103)

Haastatteluiden jälkeen aineisto litteroitiin eli aineisto purettiin kirjoitettuun muotoon. Litteroitu aineisto analysoitiin aineistolähtöisellä sisällönanalyysillä, koska opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata henkilökunnan kokemuksia rajoitustoimenpiteistä.

Tuomen & Sarajärven (2009) mukaan sisällönanalyysin voi jakaa kolmivaiheiseen prosessiin. Ensimmäisessä vaiheessa aineisto redusoidaan eli pelkistetään siten, että aineistostaan karsitaan tutkimukselle epäoleellinen informaatio pois. Tällä tavoin saadaan tutkimuksen kannalta oleelliset tiedot esiin. Tässä vaiheessa kirjoitetusta aineistosta etsitään tutkimustehtävän kysymyksillä niitä kuvaavia termejä, jotka voidaan sitten esimerkiksi alleviivata erivärisillä kynillä. Toisessa vaiheessa aineisto klusteroidaan eli ryhmitellään. Aineistosta etsitään samankaltaisuuksia ja tai eroavaisuuksia kuvaavia käsitteitä. Samasta asiasta kertovat käsitteet ryhmitellään ja muodostetaan luokiksi. Luokat nimetään sisällönmukaisesti. Kolmannessa vaiheessa aineisto abstrahoidaan. Tässä vaiheessa aineistosta erotetaan tutkimuksen kannalta epäolennainen tieto ja saadun tiedon perusteella muodostetaan teoreettisia käsitteitä. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 108-111.)

Sisällönanalyysi aloitettiin, kun kaikki haastattelut oli saatu tehtyä. Nauhoitettua materiaalia haastatteluista tuli yhteensä 3,5 tuntia, mikä litteroituna vastasi kirjoitettuna 30 sivua. Litteroitu aineisto luettiin useaan kertaan läpi ja perehdyttiin sen sisältöön. Tämän jälkeen litteroitu teksti pelkistettiin. Eli aineistosta poistettiin turhat ilmaisut esimerkiksi ”... miten tän nyt selittäisi?” Tämän jälkeen etsimme vastauksia opinnäytetyön teemoihin ja merkitsimme vastaavuudet eri värein. Alkuperäisaineistosta muodostettiin pelkistettyjä ilmaisuja, joiden vastaavuudet alkuperäisaineistoon tarkistettiin useaan otteeseen luotettavuuden vuoksi pelkistysvaiheessa sekä analysoinnin edetessä. (Tuomi & Sarajärvi 2013, 109–110.)

Sisällönanalyysi eteni aineiston ryhmittelyllä ja luokittelemalla sitä alaluokista yläluokkiin pyrkien alkuperäisinformaation kielellisistä ilmauksista kohti teoreettisempia käsitteitä. (Liite)Muodostuneita luokkia verrattiin toisiinsa. Analyysin tuloksena tutkimuskysymyksille muodostui pääluokka. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 111-113.)

Taulukko 4 Esimerkkejä pelkistyksestä

Alkuperäiset ilmaukset	Pelkistetyt ilmaukset
<p>"fyysistä rajoittamista joudutaan tekemään"</p> <p>"omaisuuden haltuunottoa on ollut jos jonkin näköistä"</p> <p>"sitten on näitä ennaltaehkäiseviä rajoitustoimenpiteitä"</p> <p>"voidaan tehdä sopimuksia. Esim. kirjallisia."</p> <p>"jokainen pystyy tekemään rajoitustoimenpiteitä, myös yksin."</p> <p>"mut eniten varmasti liikkumisen rajoittamiseen ja kiinnipidot, mitä tätä työtä niinku hallitsee"</p> <p>"saatan myös tietyssä tapauksessa rajoittaa ravitsemuksen määrää"</p>	<p>fyysinen rajoittamisen suorittaminen</p> <p>omaisuuden haltuun ottaminen</p> <p>rajoitustoimia on tehty ennaltaehkäisevästi</p> <p>kirjallisten sopimuksien tekeminen</p> <p>henkilökunta pystyy tekemään rajoitustoimenpiteitä</p> <p>liikkumisen rajoittaminen ja kiinnipitäminen ovat hallitsevia rajoitustoimia</p> <p>ravitsemuksen määrän rajoittaminen</p>

8 TULOKSET

Haastateltavina toimivat Varsinais-Suomen erityishuoltopiirin Paimion yksiköiden henkilökuntaa, yhteensä kuusi henkilöä. Valitut henkilöt työskentelivät osastoilla, joissa rajoitustoimenpiteitä joudutaan toteuttamaan. Kaikille haastateltavilla oli useamman vuoden työkokemus alalta.

8.1 Henkilökunnan toteuttamat rajoitustoimenpiteet

Henkilökunnan haastatteluissa nousi esille, että rajoitustoimenpiteitä käytetään moninaista syistä; ennaltaehkäisystä aina henkilöiden turvallisen elämän mahdollistamiseksi. Haastateltavien kokemuksen mukaan rajoitustoimenpiteiden käyttö on kuitenkin vähentynyt viime aikoina, osin uuden lain vaikutuksesta ja osin kuntoutuksen onnistumisen myötä. Myös lepositeiden käyttäminen oli huomattavasti vähentynyt. Rajoitustoimenpiteistä puhuttelevin oli asiakkaan fyysinen rajoittaminen.

8.1.1 Fyysinen rajoittaminen

Fyysistä rajoittamista oli jokainen haastateltava joutunut käyttämään työssään, kiinnipitäminen oli haastateltavien mukaan yleisin fyysisen rajoittamisen muoto; haastavan käyttäytymisen, hoitotoimenpiteiden onnistumisen ja rauhoittamisen vuoksi. Kiinnipitämistä haastateltavien kokemuksen perusteella ei juuri koskaan toteuteta yksin, vaan mahdollisuuksien ja tilanteen mukaan useamman henkilön turvin.

”Mahdollisuuksien mukaan, parhaimmillaan niissä tilanteissa ollu muistaakseni joskus viiskin ihmistä ku on oikeen paha tilanne ollu.”

Myös lepositeitä oli käytetty. Mutta niiden käyttö oli kuitenkin vähentynyt huomattavasti osittain asiakaskunnan vaihtumisen myötä.

”Niitä käytetään, mut nyt toistaseksi se on hyvin kausiluonteista millaiset asiakkaat meillä on. Nyt ei oo mun mielestä käytetty lepositeitä. Et tavallaan niinku helpommat tapaukset voidaan siirtää turvahuoneeseen.”

”Asiakaskunnan takia se (käyttö) on vähentynyt. Aikaisemmin meillä oli tos vanhassa talossa semmoinen asiakas, joka oli useamman kerran viikossa lepositeissä. Just sen itsetuhoisuuden takia.”

Lisäksi käytettyinä rajoitustoimenpiteinä oli mainittu uuden lain mukaiset liikkumisen rajoittaminen ja poistumisen estäminen.

Myös asiakkaiden kanssa tehdyt sopimukset nousivat esiin haastatteluissa. Tämä koetaan kuitenkin uuden lain suhteen hieman harmaaksi alueeksi.

”Voidaan tehdä sopimuksia. Esim kirjallisia sopimuksia. Mutta onhan sekin vähän sellaista mielivaltaa. Asiakkaallahan on oikeus purkaa se sopimus.”

Haastateltavien mukaan fyysinen rajoittaminen koettiin aina epämukavaksi ja sitä pyritään välttämään viimeiseen asti, sillä siihen liittyy aina riskit sekä asiakkaan että henkilökunnan näkökulmasta.

8.1.2 Muita käytössä olevia rajoitustoimenpiteitä

Haastateltavien mukaan rajoitustoimenpiteiden toteuttaminen on vähentynyt laki uudistuksen myötä, mutta se on myös omalta osaltaan johtanut rajoitustoimenpiteisiin, koska asiakkaat eivät osaa hahmottaa tilanteita laaja-alaisemmin, tehdessään itse valintoja.

”Ja tavallaan se asiakkaan itsemääräämisoikeuden laajentuminen on myös aiheuttanut rajoitustilanteita, kiinnipitotilanteita ja holtittomuutta heidän elämässään.”

”Uuden lain myötä on tullut lisää oikeuksia, mutta velvollisuuksia tai vastuuta ei ole tullut.”

Säännöllisesti käytössä olevat rajoitustoimenpiteet haastateltavien mukaan on kirjattuna asiakkaan hoitosuunnitelmaan. Toistuviin ja säännöllisiin rajoitustoimenpiteisiin haastateltavien kokemusten mukaan tarvittaisiin kuitenkin enemmän pysyviä ja pitkäaikaisia

päätöksiä. Tällä tavalla saataisiin enemmän henkilökunnan resursseja käytettyä itse asiakastyöhön. Toistuvia ja pitkäaikaisia rajoitustoimenpiteitä käytetään haastateltavien mukaan asiakkaan turvallisuuden vuoksi ennaltaehkäisevästi.

”Siis mun mielestä tehty täälläkin oi kirjaukset liian monimutkasiks, et pitäs olla silleen ku tietyt tilanteet toistuu ja toistuu ni ois joku selkee pohja mitä vois käyttää näis kirjaamisis ja kaavakkeis.”

Haastateltavien kokemuksen mukaan erilaisten rajoittavien asusteiden ja välineiden käyttö on vähentynyt vähitellen vuosien aikana. Haastateltavien mukaan tähän on vaikuttanut asiakkaiden kuntoutuminen, lakimuutos ja pitkäjänteinen työ asiakkaiden kanssa.

”No, esimerkiksi joudutaan käyttää kypärää tapaturman ehkäisemiseksi.”

”Niit on karsittu täs aika paljo, mut on ollut: haalarit, liivit, turvavyöt, ne kai ne yleisimmät meillä.”

Myös ajan, lain ja hoitokulttuurin muutos näkyi rajoittavien asusteiden käytön vähenemisessä. Aikaisemmin henkilökunta osallistui jopa rajoittavien asusteiden suunnitteluun.

”Sitten ollaan vuosien varrella teetetty pukuja. On ollut joskus niin villiä aikaa, että ollaan itse saatu suunnitella tällaisia rajoittavia pukuja. Sellaisia välineitä ei ollut olemassa. Mut tänä päivänä ei voitaisi kuvitellakaan, että täällä henkilökunta suunnittelisi jotain pakkopaitaa.”

8.1.3 Terveydellisistä syistä rajoittaminen

Asiakasta saatetaan joutua haastateltavien mukaan rajoittamaan myös terveydellisistä syistä. Tällaisiin ratkaisuihin päädytään yleensä jo ennaltaehkäisevässä muodossa. Haastatteluissa esille nousi ravitsemuksen rajoittaminen. Asiakas saattaa pyrkiä juomaan vettä liikaa, eikä ymmärrä tämän haittavaikutuksia, jolloin asiakashuoneesta joudutaan katkaisemaan vedet.

”Mut juomiset ja tuommoiset. Niistä tulee kanssa mieleen, että muutaman asiakkaan kanssa rajoitetaan nesteen saantia, koska on niin sanottuja vesijuoppoja. Et juovat sitten pahimmassa tapauksessa itsensä hengiltä. Niin heidän kohdalla saattaa olla sitten omasta huoneesta vedet katki”.

Myös ravitsemusta on jouduttu rajoittamaan tietyn asiakkaan kohdalla terveydellisistä syistä. Tämä on kuitenkin ollut hyvin harvinaista.

”jos asiakas on ollut hyvin ylipainoinen, niin me ollaan voitu rajoittaa ruokailua ja ravitsemusterapeutin kanssa tehdä suunnitelma mitä noudattaa.”

Lääkityksen merkitys korostui haastateltaessa. Asiakkaan lääkityksen hoitotasapaino, vaikuttaa asiakkaan kokonaisvaltaiseen hyvinvointiin.

Myös uuden kehitysvammalain mukaista välttämättömän terveydenhuollon antaminen vastuksesta riippumatta -pykälää on jouduttu soveltamaan erään asiakkaan kohdalla.

”On yksi mies jonka vatsaa toimitetaan säännöllisesti. Hänen kohdalla se oikeastaan toistuu. Hän ei vapaaehtoisesti sitä anna laittaa. Silloin asiakkaan parhaaksi laitetaan se, vastoin hänen mieltymyksiänsä.”

8.2 Rajoitustoimenpiteisiin johtavat tilanteet

Rajoitustoimenpiteisiin johtavia tilanteita nousi yhtä lailla esiin useita haastateltavien kokemuksista. Yleisimmiksi syiksi nousi asiakkaan aggressiivisuus, väkivaltainen käyttäytyminen itseä tai muita kohtaan, hoitotoimenpiteet, henkilökunnan vaikutus asiakkaisiin sekä vuorokauden-, viikon- ja vuodenaika. Rajoitustoimenpiteet ovat haastateltavien mukaan hyvin yksilöllisiä sekä muuttuvia samankin henkilön kohdalla.

”Kiinnipitotilanteen tai pakkotoimenpidetilanteen alkaminen ei ole aina niin asiakkaasta kiinni vaan myös hoitajan mielialasta ja ammatillisuudesta ja käyttäytymisestä. Miten se hoitaja vie jotain asiaa”.

”Joidenkin hoitajien kanssa helpommin asiakkaalla vaan tulee kiinnipitotilanteita. Sit taas toisessa ääripäässä on sellaisia hoitajia, mitkä omalla läsnäolollaan luo sitä rauhaa, niin et heidän kanssa ei juuri tuu sitä kiinnipitotilanteita”.

Myös asiakkaiden impulssikontrollikyvyttömyys ja asiakkaiden ahdistuksen sietokyky vaikuttavat rajoitustoimenpiteiden käyttöön.

Uuden kehitysvammalain myötä tulleet itseääräämisoikeuden muutoksella koettiin myös olevan vaikutusta rajoitustoimenpiteisiin. Toisaalta uuden lain myötä rajoitustoimenpiteet ovat vähentyneet, mutta muutamilta kärjistyneiltä tilanteilta oltaisiin voitu välttyä, kun asiakas ei itse olisi saanut valita. Asiakkaan kyvyttömyys ymmärtää omaa etuaan on alentunut. Hoitaja olisi kyennyt tekemään turvallisemman päätöksen asiakkaan kannalta.

”Ja tavallaan se asiakkaan itseääräämisoikeuden laajentuminen on myös aiheuttanut rajoitustilanteita, kiinnipitotilanteita ja holtittomuutta heidän elämässään.”

Haastateltavista jokainen oli sitä mieltä, kun on jouduttu äkillisesti rajoittamaan asiakasta fyysisellä kiinnipidolla haastavan käyttäytymisen vuoksi, on henkilökunnan määrä ollut

suunnitellusti riittävää ja apua on saanut hälytysnappia painamalla lähes joka kerta. Toisinaan hälytyksien myötä tilanteisiin suhteessa jopa liikaa henkilökuntaa. Tämä koetaan tilannetta provosoivana.

”Olen kokenut, että on riittävästi. Meillä on täällä hälytysjärjestelmä. Jos joku painaa hälytysnappia, eli me saadaan tarvittaessa tänne kuusi-seitsemän äijää.”

”...Eli siellä on välillä liikaa ihmisiä. Monessa tapauksessa tulee se hälytys, sinne juoksee yhdeksän – kymmenen ihmistä, joka voi omalla tavallaan provosoida asiakasta. se liika on taas sitten ihan turhaa. Viisi -kuusikin riittää. Yövuorossa riittää kolmekin.”

Myös vuorokaudenajoilla todettiin olevan merkitystä rajoitustoimiin. Yövuorossa tietyt asiakkaat saattoivat alkaa haastavan tai itsetuhoisen käytöksen tiedostaen, että henkilökuntaa oli vähemmän paikalla.

”Jotkut asiakkaat käyttää yövuoroa hyväkseen. Eli ne näkee että on vähemmän ihmisiä.”

Kuitenkin rajoitustoimet sijoituivat eniten kohti iltaa. Vuodenajoista syksy ja talvi koettiin hoitajille että asiakkaalle haastavampina.

”No sanotaan, että yleisesti ottaen rajoitustoimenpiteitä iltaan päin. Ihminen kuin ihminen väsy, mieli väsy, on kärkkäämpi, haastaa riitaa helpommin. Ärtyy helpommin, kiihtyy helpommin. Varmasti iltaa. Sit myöskin vuodenajat vaikuttavat. Kun mennään syksyyn pimeämpään vaikuttaa heihinkin. Ehkä vähän raskaammalla tavalla Osaan ei. Se on se pimeys ja valon puute heihin vaikuttaa”

8.2.1 Kehitysvammalain tuntemus

Haastatteluissa nousi esille, että uutta kehitysvammalakia ei tunneta henkilökunnan keskuudessa vielä riittävästi ja laki koettiin haastateltavien keskuudessa sekavaksi sekä hankalaksi tulkita. Kaksi haastateltavista otti esille myös esimiesten ja johtajien tuntemuksen laissa uuden kehitysvammalain koettiin hankaloittavan päätöksen tekoa rajoittamistoimenpiteissä.

”Tuntuu et kukaan ei oikeen tie mis mennää... jos kysyy ylemmältä taholta ni nekään ei tiedä mis mennään... ihmiset ei tunne lakia ja kun se on vähän kesken. Mut en oo vappaa- ajalla sen enempää perehtynyt mitä nyt jos on vastaan jotain tullut.... mut aika paljon ollaan työ yhteisössä puhuttu kuka tietää ja mitä tietää...”

Toisaalta uusi laki sai ymmärrystäkin. Lain tuntemattomuus johtui osin siitä, että se on varsin tuore ja uudet toimintatavat olivat vasta muodostumassa.

”On paljon väärää juttuja liikenteessä. Kyllähän se ihan jees laki on. Kyllähän se takaa aika paljon rajoittamismahdollisuuksia. Viimeksi tänään jouduin sanoo, että lukekaa se laki. Siellähän on ne kohdat määritelty, milloin saa rajoittaa, mutta siellä ei ole sovellus esimerkkejä.”

Lain voimaantulo tuli henkilökunnalle hieman nopeasti. Eikä riittävää koulutusta lain tuntemiseksi ollut.

”Meillä oli yhden päivän koulutus tästä laista. Mut jotenkin se ei ole riittävä.. Se koulutus laista tuli ehkä hieman liian aikaisin.”

8.2.2 Itsemääräämisoikeuden tukeminen

Keskustelua nousi paljon myös asiakkaiden itsemääräämisoikeuden kunnioittamisesta, sen vaikutuksesta asiakkaaseen sekä haastateltavien kokemaan työhön. Itsemääräämisoikeuden toteutumiseen vaikuttaa haastateltavien mukaan henkilökunnan oma asenne, tarjottujen mahdollisuuksien määrä, asiakkaan kehitysvamman aste sekä asiakkaan edunvalvojan aktiivisuus.

” No itsemääräämisoikeus laki, se on vähän nurinkurinen juttu, ymmärrän sen täysin mitä ajetaan takaa. Mut on tilanteita ollu, missä asukas on saanu ite päättää jonkun asian, minkä hoitaja pystyy heti näkemään et se ei oo asukkaalle hyväksi.”

” Onhan siinä puolensa, jotenkin vaan tuntuu et se on vedetty vähän yli... esim. Annetaanko oikeasti ihmisen mussuttaa pelkkää karkkia ku se ite niin haluaa? Millon voidaan puhua että on haitaksi? Ymmärrän kyl että tuetaan niihin fisuihin valintoihin mut minkäs teet kun ei nää ymmärrä omaa parastaan mut nää tietää et heillä on oikeus...”

8.3 Rajoitustoimenpiteiden herättävät ajatukset

Rajoitustoimenpiteet herättävät haastateltavissa monenlaisia ajatuksia ja tuntemuksia, hyvin voimakkaitakin. Kaikki haastateltavat olivat yhtä mieltä siitä, että rajoittamistoimenpiteiden toteuttaminen ei milloinkaan ole kivaa eikä mukavaa, missään tilanteessa. Rajoitustoimenpiteiden toteuttaminen herätti haastateltavissa lisäksi pelkoa, epävarmuutta, turhautumista sekä vihaa.

” On vuosien varrella ollut muutamia tilanteita, et on ite ollut todella vihainen ja kiukkuinen. Silloin ei mun mielestä kannata lähteä rajoittamaan. Silloin täytyy saada toiset ihmiset tilalle.”

Rajoitustoimenpiteiden herättämiin tuntemuksiin koettiin vaikuttavan muuttuvat tilanteet, rajoitustoimenpidetilanteiden haasteellisuus sekä niistä seuraavat mahdolliset tapaturmat niin asiakkaalle kuin henkilökunnalle itselleen. Vaikka haastateltavat olivat sitä

mieltä, että rajoitustoimenpiteet on osa työtä ja sitä kautta kuuluu työhön, vaikuttaa henkilökunnan oma provosointi myös tilanteisiin suhtautumiseen.

Rajoitustoimenpiteitä toteutettaessa joudutaan myös puntaroimaan aina laillisuuden parissa, vaikka toimenpiteellä saatetaan välttyä vahingoilta. Tämän vuoksi tilanteiden ennakointi, tilanteiden arviointi ja hoitajien omista virheistä oppiminen koettiin haastateltavien keskuudessa merkitykselliseksi omassa työssä jaksamiseen sekä työssä kehittymisen kannalta.

”Et reflektointi tällaisessa psykiatrisessa hoitotyössä on mun mielestä tärkeätä et sä osaat olla myös kriittinen itselle ja saatat tajuta siinä keskusteluhetkessä et ”hetkinen nyt tää meni huonosti. Miks mä sanoin näin”, ”tää ei ollut yhtään fiksum”. Sun olis pitänyt tehdä se toisin. Ja sillä reflektoinnilla mahdollisesti löytää itselle työkaluja ja ideoita et miten kannattaisi ens kerralla tehdä se asia jotta tilannetta ei koskaan syntyisi. Ennakointi on kuitenkin se kaiken sana.”

8.3.1 Henkilökunnan tukeminen

Haastatteluissa esiin nousi työyhteisön merkitys työssä jaksamiseen, kun työ sisältää haastavan käyttäytymisen kohtaamista ja voimakkaita tunteita. Kaikki haastateltavat olivat yhtä mieltä siitä, että työyhteisöissä on helppo puhua askarruttavista asioista ja työkavereista saa tuen lähes jokaisesta, jos sitä tarvitsee.

”Kyl me tos työporukalla puhutaan, meil on helppo puhua työkaverille, jos jää joku asia vaivaamaan tai tilanne, helppo avautuu niistä omista fiiliksistä.”

Jokut haastateltavat kokivat, etteivät olleet saaneet riittävää tukea työantajataholta. Tukea ei oltu haastateltaville tarjottu, mutta haastateltavat eivät olleet itse myöskään ottaneet asiaa puheeksi työnantajan suuntaan.

”Loppupeleissä erittäin heikosti, oot kato tullu psykiatriselle töihin ni tiet mitä tää on tyylisesti... ei kertaakaan oo lähiesimies esim. tullu kysyy miten jaksan vaik me saadaan isku tääl yms. ja se vaan on meil niinku arkipäivää ni kyl se pidemmän pääl kuormittaa ku elää jatkuvast silmät seläs ja pienes pelos et kuin täs käy.”

Toisaalta työnantajan järjestämä työnohjaus mainitaan yhdeksi jaksamisen keinoksi. Siellä on haastavia tilanteita, joskus käyty läpi. Myös työkaverien tuki korostuu jokaisessa haastattelussa.

”Koskaan ei ole kukaan tullut kysymään mitään. Työohjauksessa ollaan keskusteltu näistä tilanteista. Mut sekin on lähtenyt omaehtoisesti. Työkaverien kanssa käydään tilannetta läpi.”

8.3.2 Kirjaaminen

Rajoitustoimenpiteiden kirjaamisen henkilökunta koki turhauttavaksi, hankalaksi ja monimutkaiseksi prosessiksi. Kirjaaminen koettiin myös aikaa vievänä, mutta toisaalta tärkeänä työn osana. Monimutkaisuus johtuu osittain muuttuneista kirjaamiskäytänteistä ja moneen eri paikkaan tehtävästä päällekkäiskirjauksista. Kirjaaminen koettiin sekä asiakkaiden ja henkilökunnan oikeuksia turvaavaksi asiaksi.

”Se on ihan hölmöä, se niiden kirjaaminen. Mut kyllä mä ymmärrän että se täytyy saada paperille. Kyllähän se turvaa sitten, että asiakkaan ja niiden, jotka on joutunut rajoittamaan niiden oikeudet.”

8.3.3 Tilanteen jälkiselvittely asiakkaan kanssa

Haastatteluissa kävi ilmi, että asiakkaiden kanssa käydään ainakin osittain heikosti lävitse äkillisiin rajoitustoimenpiteisiin johtavia tilanteita. Asiakas ei muista seuraavana päivänä mitä on tehnyt ja yhteisen kommunikointi menetelmän puute vaikuttavat asian lävitse käymiseen.

”Hyvin heikosti, jotkut asiakkaat ei ymmärrä syy-seuraus suhdetta. Ite toivoisin tähän huomattavaa parannusta, se on osa meidän työtä ja silleen ne voi oppii.”

Osittain hoitajien asenne vaikuttaa jälkiselvittelyn toteutumiseen asiakkaiden kanssa. Osittain syy voi olla hoitokulttuurissa.

”Osittain ilmapiiri on semmoista, että ihan turha näiden kanssa on käydä sitä asiaa läpi. Ei ne kuitenkaan ymmärrä ja ota opiksensa.”

Pääsääntöisesti nähdään, että tilanteen käsittelystä asiakkaan kanssa olisi hyötyä. Asiakkaiden kanssa tehtävä työ nähdään pitkäjänteisenä. Eikä nopeita ratkaisuja asiaan ole tarjolla. Tuloksia voisi löytyä erinäisten keskustelujen kautta.

”Pääsääntöisesti, jos on yhtään ajatusta, asiakas voisi hyötyä siitä keskustelusta jälkeen. Et miten nyt kävi näin ja mitä me voisimme ens kerralla tehdä? Siitä on kuitenkin hyötyä, vaikka varmasti nopealla tähtäimellä ei mitään tuloksia saada aikaan. Vaan se sitä pitkäjänteistä hoitotyötä, missä saatettaisiin saada tuloksia aikaan niillä keskusteluilla. Ja muistuttaa kun jokin uusi tilanne on syntymässä, näistä aikaisemmista keskusteluista.”

8.3.4 Tilanteen arviointi

Päätöksenteko äkillisissä tilanteissa koettiin paljon työkokemusta omaavien henkilöiden keskuudessa helpoksi. Uusien työntekijöiden kohdalla päätöksenteon ongelmat voivat liittyä tietoisuuteen omista oikeuksista ja uudesta laista.

”Mä ymmärrän kun tulee uusia hoitajia ja ne kysyy. Ja saattaa olla vähän hankala tietää mikä on oikeus tehdä asioita. Ja sit kun vielä lait on muuttuneet. Se päätöksenteko voi olla ajoittain vaikeata.”

Lääkityksen arviointi rajoittamistilanteissa koettiin helpoksi, jos asiakas on tuttu.

”Usein ne lääkitysasiat on sillä tavalla suht. Simppeleitä, et jos tarvitset lääkkeitä sitä aikalailla tietää mitä asiakkaalle menee. Niin sit sä meet vaan lääkehuoneeseen, vedät ruiskut valmiiksi. Siinä muu porukka pitää kiinni. Saa-vut paikalle ja pistät sen. Se on usein. Siinä on usein niin paljon porukkaa, et se sairaanhoitajan rooli jää siihen et tuut paikalle käyt hakeen lääkkeitä ja pistät lääkkeitä. Poistut tilanteesta, pistät kamat pois. Ja sit kirjaat lääkkeen annetuksi.”

8.4 Keinot rajoitustoimenpiteiden ehkäisemiseksi

Haastatteluissa nousi selkeästi esille, ettei rajoitustoimenpiteitä voida ehkäistä täysin. Haastateltavilta kuitenkin nousi esille ennaltaehkäisyn, tilojen ja koulutuksen merkitys rajoitustoimenpiteiden ehkäisyä pohdittaessa.

8.4.1 Ennaltaehkäisy

Rajoitustoimenpiteiden ennaltaehkäisy nousi vahvasti esille jokaisessa haastattelussa. Niitä halutaan välttää ja ne koetaan viimeiseksi vaihtoehdoksi, kun muu ei enää auta. Vaikkakin rajoitustoimenpiteitä käytetään myös asiakkaan oman turvallisuuden turvaamiseksi ennaltaehkäisevästi; liikkumisvapauden rajoittaminen, asusteiden käyttö sekä valvottu liikkuminen.

”Toi liikkumisen vapaudenrajoittamine et valvottuna, et porukka ei eksy tonne ja kaikki ei osaa oikeen varoo tota liikennettä ni ei uskalla päästää oikeen yksin tonne ku siit tulee huomattavasti ikävämmät seuraukset jos jotain tapahtuu.”

Haastateltavien mukaan paras tapa ennaltaehkäistä rajoitustoimenpiteisiin johtavia tilanteita on asiakkaan hyvä tuntemus sekä yksilöllisyys; asiakkaan mieltymykset, tavat ja tottumukset huomioiden. Asiakkaan tuntemiseen koettiin vaikuttavan yhteistyö hoitavien ja hoitaneiden tahojen kanssa, pysyvä henkilökunta, vaihtuvuuden minimointi sekä riittävä minimi miehitys.

”Asiakaskohtaista, mut jos on selvä syy yhteys esim. joku tapahtuma et, käydään asiakkaan kanssa läpi niin että, hän ymmärtää mitä tulee tapahtumaan. Sit on tietenkin asioita mitä on lapsuudessa tapahtunut, et ei me voida tietää mitkä asiat johtaa juurensa sieltä, sitä pohja työtä ja sitä yhteistyötätyökavereiden kanssa et lähetään yhdes ettii ratkaisua.”

Kaikki haastateltavat nostivat myös esiin haastavista tilanteista oppimisen – mikä johti tähän tilanteeseen, miten voimme jatkossa toimia toisin jotta rajoitustoimenpiteisiin ei jouduttaisi turvautumaan.

Haastateltavat kokivat myös, että henkilökunnan yleinen ilmapiiri sekä luottamus työkavereita kohtaan vaikuttavat asiakkaisiin sekä työntekemiseen.

Kaiken kaikkiaan ennaltaehkäisy koettiin haastavasti käyttäytyvien henkilöiden kanssa työskenneltäessä hyvin merkittäväksi, jonka avulla voidaan välttää monia ikäviä tilanteita ja seurauksia.

8.4.2 Tilaratkaisut

Tilaratkaisuilla ei niinkään koettu olevan suurta yhteyttä rajoitustoimenpiteiden ennaltaehkäisyyn. Haastateltavilta nousi esiin kiinteät huonekalut joita ei voida käyttää itsensä taikka muiden vahingoittamiseen. Kolme haastateltavista oli myös sitä mieltä, että asiakas valinnoilla ja sijoituksilla voitaisiin välttää rajoitustoimenpiteiltä.

”Mitä nyt ekaks tulee mieleen ni se et jos kaks ihmistä ei tuu keskenään toimeen ei niit kannata vierekkäisiin huoneisiin sijoittaa tai ylipäättänsä jos mahdollista ni sijoittaa kokonaan eri kotiryhmiin.”

”Siis kyllähän sen tilan tarttee olla silleen tietty turvallinen, ympäristö täytyy rankentaa ja luoda silleen ettei nää loukkaa itteään tai toisiana.”

8.4.3 Koulutus

Haastateltavilla ei ollut tiedossa, onko olemassa suoraa koulutusta rajoitustoimenpiteiden ennaltaehkäisyyn. Tärkeänä kuitenkin pidettiin, että henkilökunta ymmärtää syy-suhteen, miksi autistinen henkilö saattaa reagoida voimakkaasti aistiärsykkeisiin. Haastateltavat näkivät tarpeellisena koulutuksen erilaisten kommunikaatiokeinojen harjoitteluun sekä autismikoulutuksen.

”Etenkin Asperger ja autisti -potilaiden kanssa toimiessa jonkinlainen koulutus voisi olla hyväksi. Ymmärrettäisiin, mitkä asiat tuottavat heille mielihapaa ja muita vaikeuksia. Niin sellaisesta voisi olla hyötyä. Tavallaan hoitaja osaisi astua enemmän heidän saappaisiin ja ymmärtää miltä asukkaasta tuntuu. Ja välttää ikäviä kokemuksia ja tilanteita.”

Haastaviin tilanteisiin henkilökunnalle on järjestetty Mapa- koulutusta, mutta koulutuksen ja otteiden soveltaminen äkillisissä ja uhkaavissa tilanteissa on vaikeaa, eikä koko henkilöstö haastateltavien mukaan ole saanut Mapa-koulutusta taikka päässyt päivittämään taitojaan.

” Mapa - koulutus auttaa siinä, jos sitä osaa käyttää, niin se ehkäisee tiettyjä vahinkoja.”

9 POHDINTA

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää henkilökunnan näkemyksiä ja kokemuksia rajoitustoimenpiteistä kehitysvammahuollossa.

Opinnäytetyön tavoitteena oli tuottaa uutta kokemusperäistä tietoa liittyen rajoitustoimenpiteiden toteuttamiseen, kirjaamiseen ja arviointiin ja tätä kautta kehittää rajoitustoimenpiteisiin liittyviä käytänteitä.

9.1 Eettisyys

Tutkimuslupaa opinnäytetyöllemme haimme Varsinais-Suomen erityishuoltopiiriltä oppilaitoksen hyväksymän tutkimussuunnitelman valmistumisen jälkeen. Tutkimuslupahakemus (liite 3) toimitettiin liitteineen Varsinais-Suomen erityishuoltopiirille luvanhakumenettelyiden mukaisesti.

Tämän opinnäytetyön aihetta voidaan pitää eettisenä, koska aihe on yhteiskunnallisesti ja työelämätasolla puhutteleva. Lisäksi aihe vaati meiltä opinnäytetyötä tehdessä omaa eettistä pohdintaa. Eettisyyden noudattamisella on suuri painopiste opinnäytetyötä tehdessä meillä itsellämme. Tutkimusetiikassa esille nousee vahvasti työn luotettavuus ja laadukkuus. Tutkimuksellisen opinnäytetyön onnistumisen edellytyksenä onkin korkeat eettiset arvot. Eettisesti esille nousee myös haastateltavien oikeus yksilönsuojaan, itsemääräämisoikeus ja mahdollisilta haitoilta kohteen suojelu. Eettiset velvoitteet tulee hahmottaa laaja-alaisesti huomioiden tutkijan, yhteiskunnan ja tiedeyhteisön näkökulmat. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012.)

Hyvän tutkimus käytännön mukaisesti tutkimuksen eettisenä lähtökohtana tulee olla ihmisarvon ja itsemääräämisoikeuden kunnioittaminen. (Hirsjärvi ym. 2008) Tässä opinnäytetyössä haastateltavien ihmisarvo ja itsemääräämisoikeus toteutuivat siten, että haastatteluun osallistuminen perustui vapaaehtoisuuteen.

Opinnäytetyössämme teemahaastatteluihin osallistuneita henkilöitä tiedotettiin etukäteen opinnäytetyön tarkoituksesta ja tavoitteista. Lisäksi tiedotettiin osallistumisen vapaaehtoisuudesta.

Tuomen ja Sarajärven mukaan (2009) tutkittavien tietojen pitää olla luottamuksellisia ja tutkimukseen osallistuvien henkilöiden anonymiteetti tulee taata. Identiteettisuoja on huomioitu siten, että haastattelut toteutettiin anonymisti eikä haastateltavan koulutustaso huomioida. Teemahaastatteluiden aineisto hävitettiin kokonaisuudessa opinnäytetyön valmistuttua. Haastateltavilta pyydettiin suostumus haastatteluun.

Haastateltaville oli etukäteen kerrottu, että haastattelut tullaan tallentamaan. Painotimme myös, että haastateltavien nimiä ei mainita työssä. Näin ollen heitä ei voi tunnistaa tutkimustuloksista.

Kvalitatiivisessa eli laadullisessa tutkimuksessa aineisto elää koko tutkimustyön ajan ja se vaatii jatkuvaa tulkintaa opinnäytetyön tekijöiltä. Haastattelututkimuksessa tulisi jatkuvasti tarkkailla laatua tutkimuksen eri vaiheissa. (Hirsjärvi & Hurme 2001, 184- 188)

9.2 Luotettavuus

Opinnäytetyön luotettavuus riippuu työn laadusta, huomioitavia seikkoja luotettavuutta pohdittaessa ovat: haastateltavien määrä, tallenteiden laadun kuuluvuus, luokittelu ja litterointi. Luotettavuuteen vaikuttaa myös ihmisen ja hänen itsensä suhtautuminen todellisuuteen ja käsiteltävään asiaan. (Hirsjärvi & Hurme 2001, 185)

Lähdekritiikki oli tärkeässä osassa työn luotettavuutta pohdittaessa. Etenkin haastattelussa tulee huomioida, että käsiteltävä asia saattaa joillekin haastateltavista olla arkaluontoinen tai tilanne saattaa olla moraalisesti latautunut. Lisäksi tutkimuksen luo haastavaksi liiallisen yleistämisen taikka yleisen kuvaamisen mahdollisuus. Tutkimustulosten kuvaamisen alle pystytään peittämään monia tutkimuksessa esille nousseita mielenkiintoisia poikkeuksia ja kyseessä on tutkijoiden tulkinta. (Alasuutari 1999, 95-102; Hirsjärvi & Hurme 2001, 184- 188)

Opinnäytetyön luotettavuuteen liittyi, että haastateltavilla oli erilaista kokemusta rajoitus-toimenpiteistä. Näin saatiin mahdollisimman luotettavaa tietoa. (Tuomi & Sarajärvi, 2009 85) Haastattelun teemat ja kysymykset pyrittiin rakentamaan niin, että saimme vastaukset tutkimuskysymyksiin. Haastattelurungolla voidaan etukäteen jo tavoitella laadukkuutta, ennalta pohdituilla syventävillä vaihtoehtoisilla lisäkysymyksillä voimme saavuttaa laadullisesti hyvän tuloksen. Toisaalta haastattelututkimuksessa emme voi ennalta

varautua kaikkiin lisäkysymyksiin, sillä haastattelu elää haastattelijan ja haastateltavan välillä, vaikka runkoa noudatettaisiinkin. (Hirsjärvi & Hurme 2001, 185.)

Opinnäytetyön luotettavuutta lisäsi, että sisällönanalyysiprosessi ja saadut tulokset ovat kuvattuina opinnäytetyössä mahdollisimman tarkasti. Analysointiprosessit ovat kuvattu alkuperäisilmauksista aina yhdistävään luokkaan asti.

Tämän opinnäytetyön tekijöillä on omat näkemykset ja kokemukset rajoittamistoimenpiteistä kehitysvammahuollossa. Tämä on vaikuttanut aiheen valintaan, teemahaastattelurungon sisältöön, teorian muotoutumiseen, haastateltavien valintaan ja aineiston tulkintaan.

Työn luotettavuutta osaltaan lisää se, että haastatteluissa käytetty digitaalinen tallennin testattiin ennen käyttöä. Laitteiden toimivuus testattiin uudelleen juuri ennen haastattelutilannetta ja tarkastettiin laitteen riittävä äänenlaatu ja äänentaso. Digitoidut haastattelut tallennettiin molemmille opinnäytetyön tekijöille varmuuskopioiksi.

Haastattelut suoritettiin kahtena eri ajankohtana kahdessa eri tilassa. Haastattelutila oli varattu jo aiemmin. Haastattelutilaa miettiessämme painotimme tilan rauhallisuutta ja haastateltavien identiteettisuojausta. Molemmat opinnäytetyön tekijät osallistuivat haastatteluihin. Toinen toimi vuorotellen haastattelijana ja toinen täydentävien kysymyksien tekijänä.

Kvalitatiivisella menetelmällä tehdyssä tutkimuksessa ei aineiston koolla ole merkitystä opinnäytetyön kannalta. Kvalitatiivisella tutkimusmenetelmällä tehdyissä tutkimuksissa aineisto on tavallisesti varsin pieni, koska merkittävämpänä kriteerinä ei ole määrä vaan laatu. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 85) Tämä toteutui myös tämän opinnäytetyön kohdalla.

9.3 Tulosten tarkastelua

Hoitajien kokemuksia ja näkemyksiä kehitysvammahuollon rajoitustoimista on tutkittu hyvin vähän. Opinnäytetöitä löytyy jonkun verran aiheesta, mutta tieteellisiä tutkimuksia tai pro gradu tutkielmia ei juurikaan. Käytimme opinnäytetyömme lähdemateriaalina myös psykiatriselta puolelta tehtyjä tieteellisiä tutkimuksia ja pro gradu -tutkielmia (Kontio 2011, Pitkänen 2003). Koskentausta on myös tutkinut kehitysvammaisten aggressiivista

käytöstä (2006) ja pakon käyttöä kehitysvammahuollossa. (2003). Väkivaltaa terveydenhuollossa ovat tutkineet Louhela ja Saarinen (2006). Päivitetyn itsemääräämisoikeuslain pohjalta ohjeistuksia löytyy alan sivustoilta jonkin verran.

Työssämme korostuivat kehitysvammatyötä ohjaavat lait, joista merkittävimpana päivitetty kehitysvammalaki. Päivitettyä kehitysvammalakia itsemääräämisoikeuden määrittelyn näkökulmasta on tutkinut Kinnunen (2016) tuoreessa pro gradu -tutkielmassaan.

Opinnäytetyössä selvitettiin henkilökunnan näkemyksiä ja kokemuksia rajoitustoimenpiteistä kehitysvammahuollossa ja miten rajoittamistoimenpiteitä voitaisiin ennaltaehkäistä. Tässä opinnäytetyössä saatiinkin kuvailevaa tietoa siitä miten henkilökunta kokee rajoittamistoimenpiteet ja niihin liittyvät tilanteet. Lisäksi saatiin tietoa rajoittamistoimenpiteiden ennaltaehkäisyyn liittyvistä tekijöistä.

Voimme todeta työn lopputuloksena, että kehitysvammatyössä lainsäädäntö mahdollistaa itsemääräämisoikeuden rajoittamisen erilaisissa tilanteissa. Tällaisissa tilanteissa edellytykset ja menettelyohjeet ovat tarkoin määriteltäviä. Kehitysvammatyö lähtökohtaisesti perustuu itsemääräämisoikeuden tukemiseen, mutta tästä poikkeaminen perustuu henkilön oman edun suojaamiseen.

9.3.1 Henkilökunnan toteuttamat rajoittamistoimenpiteet

Kaikilla haastateltavista (n=6) oli kokemusta rajoitustoimenpiteiden käytöstä. Erilaisia rajoittamistapoja oli ollut käytössä laajalti. Fyysinen rajoittaminen korostui haastatteluissa, mutta myös rajoittavia asusteita ja välineitä oli käytössä. Niiden käyttö oli kuitenkin vähentynyt selkeästi lakimuutoksen jälkeen. Kaikkia nykyisen lain mukaisia rajoitustoimenpiteitä oli käytetty. Myös lain ja hoitokulttuurin muuttuminen tuli ilmi opinnäytetyössämme. Esimerkiksi rajoittavien asusteiden käyttö oli vähentynyt. Myös lepositeiden käyttö oli vähentynyt selkeästi viime aikoina. Tämä voi olla yhteydessä lain muuttumiseen, mutta toisaalta myös asiakaskunnan vaihtumiseen.

Myös Valviran (2013, 31) tutkimuksissa tuli ilmi, että kehitysvammaisten laitoshoidossa ja asumispalveluissa toteutetaan rajoittamistoimenpiteitä varsin laajasti. Fyysinen rajoittaminen on saman tutkimuksen perusteella eniten käytetty rajoitustapa. Muita tutkimuksessa mainittuja rajoittamistoimenpiteitä ovat esimerkiksi: fyysinen kiinnipitäminen, hoitopaita, turvakypärä, turvamatto, ovien lukitseminen, eristäminen, lepositeet, yhteydenpidon rajoittaminen Tosin tämä tutkimus on tehty ennen lakiuudistusta, mikä näkyy myös

tutkimustuloksissa. Samassa tutkimuksessa rajoitustoimenpiteistä käytetään nimiä: suo-
jatoimenpide, pakkotoimenpide, turvatoimenpide ja rajoitustoimenpide ja niitä oli määri-
tely hieman eri tavoin. (Valvira 2013, 33.) Nykyinen laki käyttää kuitenkin vain termiä
rajoitustoimenpide.

Opinnäytetyössä tuli ilmi, että pitkäaikaisia rajoitustoimenpiteitä käytetään haastatelta-
vien mukaan ennaltaehkäisevästi asiakkaan ja muiden henkilöiden turvallisuuden
vuoksi. Tämän tyyppinen rajoitustoimenpide on esimerkiksi rajoittavien asusteiden ja vä-
lineiden käyttö päivittäisissä toiminoissa, jos asusteen tai välineen käyttö on säännön-
mukaista ja pitkäkestoista. Tällöin rajoittamispäätös voidaan tehdä jopa kuuden kuukau-
den mittaiseksi. (STM 2016)

Tarkasteltaessa rajoittamispäätöksen tekemistä, haastateltavilla on lainmuutoksen jäl-
keen rajoittamispäätöksen tekeminen ollut kuitenkin hieman epäselvää. Oli hieman epä-
selvää siitä kuka saa tehdä ja mitä. Entinen laki ei määritellyt sitä kenellä oli oikeus tehdä
päätös rajoittamistoimien suhteen. Nyt uusi laki määritteli tämän tarkemmin. Tämä jopa
vaikutti siihen, että kuka oli koulutuksensa puolesta kykenevä työskentelemään yksi-
köissä, joissa rajoitustoimina tarvittiin. Esimerkiksi hoitoapulainen ei voi suorittaa rajoit-
tamistoimenpiteitä, mikä tarkoittaa käytännössä, että ei saa lain mukaan osallistua esi-
merkiksi kiinnipitämiseen.

9.3.2 Rajoitustoimenpiteisiin johtavat tilanteet

Rajoitustoimenpiteisiin johtivat haastateltavien mukaan asiakkaan aggressiivinen ja vä-
kivaltainen käytös itseään ja muita kohtaan. Asiakkaan aggressiivinen käytös saattoi joh-
tua hyvin yksilöllisistä syistä, mutta muutama haastateltava mainitsi myös hoitajien pro-
vosoinnin syyksi aggressiiviseen käytökseen, mikä on johtanut rajoitustoimiin. Opinnäy-
tetyöstä nousi myös esiin erilaisten hoitotoimenpiteiden aikana tehdyt rajoitustoimenpi-
teet sekä ennaltaehkäisevästi toteutetut rajoitustoimenpiteet.

Itsemääräämisoikeuden rajoittaminen tuli ilmi yhtenä tekijänä aggressiiviseen käytök-
seen. Myös Pitkäsen (2003, 28) tutkimuksen mukaan hoitajien kuvaukset väkivaltatilan-
teista liittyivät itsemääräämisoikeuden rajoittamistilanteisiin. Saman tutkimuksen mu-
kaan väkivaltatilanteen liittyivät usein sairaalaan tulotilanteisiin. Tämän tyyppisiä tuloksia
ei opinnäytetyössämme ilmennyt. (Pitkänen, 2003, 28.)

Työmme tuloksissa ilmeni myös eri ajankohtana syntyneet rajoittamistilanteet. Esimerkiksi yövuoron aikana oli usein ollut hyvin tapahtumarikasta. Lisäksi esiin nousi myös vuodenajan vaikutus rajoitustoimenpiteisiin, keväällä tietyt asiakkaat käyttäytyvät haastavammin. Toisaalta tämä toimi myös ennalta ehkäisynä, sillä tiedettään henkilön käyttäytyvän haastavammin keväällä, jolloin siihen osataan varautua.

Osa haastateltavista koki, että yhdenmukaisen hoitolinjan puuttuminen toimi laukaisevana tekijänä haastavan tilanteen syntyyn. Esimerkiksi oli sovittuna, että asiakasta tuetaan terveelliseen ruokavalioon. Asiakkaan omasta toiveesta oli laadittu kirjallinen suunnitelma, jonka asiakas oli allekirjoittanut, jotta siitä pidettäisiin kiinni. Osa hoitajista yhteisössä kuitenkin tarjosivat asiakkaalle aina herkkuja tämän pyytäessä. Hoitaja joka piti sovitusta suunnitelmasta kiinni, joutui haastavaan tilanteeseen jopa esineiden heiton kohteeksi, sillä asiakas koki tilanteen epäreiluksi.

Työssämme nousi esiin myös henkilökunnan käytös aggressiota laukaisevana tekijänä, sama ilmiö esiintyi myös Pitkäsen (2003, 29) tutkimuksessa, jossa yhtenä syynä potilaan aggressioon löytyi hoitajan ammatillisuuden puuttuminen.

9.3.3 Henkilökunnan tuntemuksia rajoittamistoimenpiteitä

Rajoitustoimenpiteiden suorittaminen aiheuttivat henkilökunnassa pyykkisiä tuntemuksia kuten esimerkiksi pelkoa, turhautumista ja epävarmuutta. Pitkäsen (2003, 32) tutkimuksessa nousi hoitajien kokemuksista esiin psyykkiset tuntemukset kuten pelko, kiukku ja suuttumus. Myös väkivaltaisen tilanteen äkillisyys saattoi nostattaa hoitajassa esiin aggressiivisia tunteita. Nopeat ja yllättävät tilanteet saattoivat nostaa myös lamaantumisen tunteita. Yleisesti hoitajat toimivat tilanteissa ammatillisesti, mutta tilanteen mentyä ohi, nousi esiin hyvin erilaisia tunteita.

Pitkäsen (2003, 43) tutkimuksesta saatujen tuloksien mukaan väkivalta nähdään kuuluvaksi työhön erityisesti sairaalan osastoilla, saman tyyppisiä tuloksia saimme opinnäytetyössämme.

Työssämme nousi esiin henkilökunnan eettinen pohdiskelu, jonkinlainen tilanteen reflektointi. Tilanteen arviointi ja oman tekemisen kriittinen arviointi nousi esiin haastatteluista. Saman tyyppisiä eettisten ongelmien pohdintoja suhteessa rajoittamistoimissa tehtävään päätöksentekoon tuli esiin myös Kontion (2011, 52) tutkimuksessa.

Mielenkiintoisena ilmiönä työstämme nousi päivitetty kehitysvammalaki henkilökunnan kokemuksiin. Laki nykyään korostaa asiakkaan itsemääräämisoikeuden vahvistamista. (Laki kehitysvammaisten erityishuollosta 519/1977) Osa haastateltavista kertoi kuitenkin lisääntyneen itsemääräämisoikeuden toisaalta tuoneen lisää haastavia tilanteita ja tätä kautta osittain jopa vaikuttaneen rajoitustoimien lisääntymiseen. Lisääntynyt itsemääräämisoikeus ja sen laki tulkinta herätti ristiriitaisia tunteita. Toisaalta lakia ymmärrettiin, mutta toisaalta sen nähtiin vaikeuttavan ja lisäävän hoitajan työtä.

Tässä työssä tuli esiin henkilökunnan kokemukset rajoitustoimenpiteiden kirjaamisen vaikeudesta ja monimutkaisuudesta. Muuttuneet kirjaamiskäytännöt lisäsivät negatiivista suhtautumista kirjaamiseen. Kirjaamisen tärkeys kuitenkin tiedostettiin. Myös Pitkäsen (2003, 56) tutkimuksessa selvitettiin hoitajien kokemuksia kirjaamiskäytänteisiin. Pitkäsen tutkimuksessa korostui se, että kaikilla hoitajilla ei ollut selvää kuvaa väkivalta-tilanteiden kirjaamiskäytännöistä.

9.3.4 Rajoitustoimenpiteiden ennaltaehkäisy

Tämän työn tulosten mukaan rajoitustoimenpiteiden ennaltaehkäisyyn vaikuttavia tekijöitä olivat asiakkaan yksilöllinen hoito ja kohtaaminen, hoitajan ammatillisuus, työympäristön liittyvät tekijät ja asiakkaiden asumistilojen miettiminen.

Pitkäsen (2003, 43) tutkimuksesta saatujen tuloksien mukaan väkivalta nähdään kuuluvaksi työhön erityisesti sairaalan osastoilla, saman tyyppisiä tuloksia saimme opinnäytetyössämme.

Pitkäsen (2003, 56) tutkimuksessa henkilökunnan koulutus nähdään yleisesti tärkeänä osana väkivalta-tilanteiden ennakointia ja hallitsemista. Tässä työssä koulutuksen merkitys ei korostunut erityisen huomattavasti. Osa haastateltavista oli saanut MAPA -koulutuksen, ja piti sitä hyvänä. Voi kuitenkin olla että ne, jotka eivät koulutusta olleet saaneet eivät osaa pitää koulutusta ennaltaehkäisevänä toimenpiteenä. Tämä sama ilmiö toistuu myös Pitkäsen tutkimuksessa (2003, 56).

Henkilökunnan omalla ammatillisuudella nähtiin olevan iso vaikutus ennaltaehkäisevänä tekijänä. Sama ilmiö toistui myös Pitkäsen (2003, 43) tutkimuksessa. Hoitajan asennoituminen ja käyttäytyminen liittyivät oleellisesti väkivaltaisten tilanteiden ennakointiin.

9.4 Jatkotutkimushaasteet

Tämän opinnäytetyön työstäminen on vienyt pitkän ajan. Aloitimme työn suunnittelun keväällä 2016. Työn luonnetta muutti kuitenkin kesäkuussa 2016 voimaan tullut uusi kehitysvammalaki. Kehitysvammalain muuttuminen vaikutti suoraan myös työelämään, joten katsoimme tärkeäksi ottaa sen opinnäytetyömme rungoksi. Lain muuttuminen teki samalla työmme ajankohtaiseksi, koska saimme työmme kautta mahdollisuuden peilata myös henkilökunnan tuntemuksia vasta päivittyneestä laista. Samalla olemme saaneet seurata uuden lain merkitystä ja vaikutuksia, jolloin olemme voineet peilata myös omaa tietouttamme työn tarpeellisuudesta.

Toisaalta olemme tehneet työtämme kehitysvamma-alan murrosvaiheessa, jossa vanhoja laitoksia lopetetaan ja uusia asumismalleja luodaan. Usein ilmiöiden murrosvaiheessa esiintyy paljon myös muutokseen liittyviä pelkoja, mikä saattaa myös ilmetä tämän työn tutkimustuloksista.

Jatkotutkimusten suhteen olisi mielenkiintoista nähdä, minkälaisia tuloksia tämän tyyppinen tutkimus tuottaisi, vaikka kahden vuoden päästä, jolloin laki ei olisi enää niin tuore.

Opinnäytetyön pohjalta voidaan sanoa, että suurena tulevaisuuden haasteena näemme henkilökunnan tukemisen rajoitustoimenpiteissä ja koulutuksen järjestämisen, jotta voidaan taata laadukas ja osaava kehitysvammatyö jatkossakin.

LÄHTEET

Aaltonen S.& Arvio M. 2011. Kehitysvammainen potilaana. Keuruu. Otava

American Association of Intellectual and Developmental Disabilities. 2017. Definition of intellectual disability. Viitattu 10.3. 2017. <http://aaid.org/intellectual-disability/definition>

Alasuutari, P. 1999. Laadullinen tutkimus. 3. uudistettu painos. Jyväskylä: Vastapaino

Forssén, T., Virtanen, J. 2009, Hoivaa ja huolenpitoa vaiko rangaistuksia ja kiusantekoa. Hämeenlinna: Etelä-Suomen lääninhallitus.

Hallituksen esitys eduskunnalle laiksi kehitysvammaisten erityishuollosta annetun lain muuttamisesta. Annettu Helsingissä 22.10.2015. Saatavilla sähköisesti osoitteesta <http://www.finlex.fi/fi/esitykset/he/2015/20150096#idp7821376>

Hirsjärvi, S. & Hurme, H. 2001. Tutkimushaastattelu. Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Helsinki: Yliopistopaino.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2008. Tutki ja kirjoita. 13.-14., osin uudistettu painos. Helsinki: Tammi.

Juujärvi, S., Myyry, L. & Pesso, K. 2007. Eettinen herkkyys ammatillisessa toiminnassa. Helsinki: Tammi.

Kaski, M., Manninen, A. & Pihko, H. 2012. Kehitysvammaisuus. 5.painos. Helsinki: Sanoma Pro.

Kaski, M. 2002. SULAT luentolyhennelmä: Kehitysvammaisuuden kuva. Viitattu 4.3.2017. http://www.finnanest.fi/files/sulat_kaski.pdf

Kinnunen, T., 2016. Kenellä on oikeus päättää – itsemäärämisoikeus kehitysvammaisten erityishuollossa lainsäädännön näkökulmasta. Pro gradu -tutkielma. Jyväskylä. Jyväskylän yliopisto.

Lehestö, M., Koivunen, O. & Jaakkola H. 2004. Hoitajan turva. Helsinki. Edita.

Kontio, R. 2011. Patient seclusion and restraint practices in psychiatric hospitals – towards evidence based clinical nursing. Turku. Turun yliopisto.

Koskentausta, T. 2006. Kehitysvammaisten henkilöiden aggressiivisuus ja itsensä vahingoittaminen. Suomen Lääkärilehti. 61(46): 4830. Viitattu 9.10.2016. Saatavilla Medic-tietokannassa.

Koskentausta, T. 2006. Kehitysvammaisten mielenterveyshäiriöt. Duodecim 122:1935. Viitattu 1.3.2017. Saatavana Medic -tietokannassa,

Koskentausta, T. 2011. Suojatoimenpidekäsikirja. Suojatoimenpiteet. 2. uudistettu painos. Mäntsälä: Eteva kuntayhtymä.

KTO Kehitysvamma-alan tuki ja osaamiskeskus. 2013. Rajoittamistilanteita koskeva ohjeistus: pakko- ja suojatoimenpiteet.

KTO Kehitysvamma-alan tuki ja osaamiskeskus. 2013. Väkivaltatilanteiden toimintaohjeet.

KTO Kehitysvamma-alan tuki ja osaamiskeskus. 2017. Viitattu 7.4.2017. www.kto-vs.fi/

KTO Kehitysvamma-alan tuki ja osaamiskeskus. 2017. Elämän erikoisosaaja. Esite. Viitattu 7.4.2017. <http://www.esitteemme.fi/kto2/WebView/>

Kumpuvuori, J.2006. Perusoikeuksien rajoittamisesta kehitysvammaisten palvelujen toteuttamisessa.Helsinki. Sosiaali- ja terveysministeriö.

Kylmä, J.& Juvakka, T. 2007. Laadullinen terveystutkimus. Helsinki.Edita.

Laki kehitysvammaisten erityishuollosta 23.6.1977/519

Laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista 22.9.2000/812.

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista17.8.1992/785

Louhela S. & Saarinen S.2006. Väkipalta terveydenhuollon eri toimialoilla. Pro gradu -tutkielma. Tampere. Tampereen yliopisto.

Makkonen P., Putkonen A., Korhonen J., Kuosmanen L. & Kärkkäinen J. 2016. Pakon käytön vähentäminen ja turvallisuuden lisääminen psykiatrisessa hoidossa. Helsinki. Terveiden ja hyvinvoinninlaitos.

Mielenterveystalo.fi 2017. Tietoa kehitysvammaisten mielenterveydestä. Viitattu 15.3.2017 https://www.mielenterveystalo.fi/aikuiset/itsehoito-ja-oppaat/oppaat/tietoa_kehitysvammaisten_mielenterveydesta/Pages/mielenterveys_on_voimavara.aspx

Miettinen, S., Taattola S., Lappalainen M., Pietarinen-Lyytinen R.,Haatainen K.,Jokiniemi K, Lehtonen J.2007.Uusia keinoja väkivallan ehkäisyyn ja hallintaan terveydenhuollossa. Lääkärilehti (34):2981-2983. Saatavilla Terveysportti tietokannassa. Viitattu 10.3.2017 www.terveysportti.fi

Pitkänen, A. 2003. Potilaiden hoitajiin kohdistama väkipalta psykiatrisessa hoitotyössä. Pro gradu tutkielma. Tampere. Tampereen yliopisto

Rantaeskola,S., Hyyti, J., Kauppila J. & Koskelainen M.2015. Haastavat asiakastilanteet -väkivalta-työssä. Helsinki. Talentum.

Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto. 2013.Itsemääräämisoikeuden toteutuminen sosiaalihuollon ympärivuorokautisissa palveluissa- Selvityksiä 2013:1. Helsinki.

STM 2016 Rajoitustoimenpidetaulukko 6.6.2016. Viitattu 21.3.2016 <http://stm.fi/documents/1271139/2044491/Rajoitustoimenpidetaulukko.pdf/5828bf8d-02a7-44d2-bf80-78a2f9299cc0>

STM 2016.Tiedote 92/2016.Viitattu 1.11.2016 http://stm.fi/artikkeli/-/asset_publisher/yk-n-vammaisyleissopimus-voimaan-periaatteina-osallisuus-ja-esteettomyys

Suomen mapa keskus 2017. Mitä on mapa? Viitattu 10.1.2017 <http://suomenmapakeskus.fi/index.php/sample-page/mita-on-mapa/>

Suomen perustuslaki 11.6.1999/731.

THL 2014 Vammais- ja palvelujen käsikirja, Pakkotoimenpiteiden kohdistaminen kehitysvammaiseen henkilöön (eoah 4576/2014). Päivitetty 12.2.2016. Viitattu 3.3.2016 <https://www.thl.fi/fi/web/vammais- ja palvelujen-kasikirja/-/pakkotoimenpiteiden-kohdistaminen-kehitysvammaiseen-henkiloon-eoah-4576-2014->

Tuomi, J. 2007. Tutki ja lue. Johdatus tieteellisen tekstin ymmärtämiseen. Helsinki:Tammi

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. 6. uudistettu laitos. Helsinki:Tammi

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2013. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. 10., uudistettu laitos. Helsinki: Tammi.

Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012. Tutkimuseettisenneuvottelukunnan laatimat eettiset periaatteet Viitattu 4.5.2016 <http://www.tenk.fi/fi/eettinen-ennakkoarviointi-ihmistie-teiss%C3%A4/eettiset-periaatteet>.

Vernerinen 2016. Mitä kehitysvammaisuus on? Viitattu 6.9.2016 <http://verneri.net/yleis/mita-kehitysvammaisuus-on>

Verronen, M. 2012. Kehitysvammaisten erityishuollon tarkastukset –pakon käyttö haasteena.

Vesala H, Teittinen A. (toim.) 2010. Pois Laitoksista. Hameenappi ja haalari. Tutkimus vaikeasti kehitysvammaisen, puhumattoman naisen itsemääräämisestä ja valinnanvapaudesta. Helsinki. Gaudeamus

Yksilöhaastattelun runko

Henkilökunnan toteuttamat rajoitustoimenpiteet

- * Minkälaisia rajoitustoimenpiteitä toteutat työssäsi?
- * Toteutetaanko rajoitustoimenpiteitä yksin vai useamman työntekijän turvin?
- * Millaisia rajoittavia välineitä tai asusteita on käytössä?
- * Millaista on ollut rajoitustilanteiden arviointi?

Rajoitustoimenpiteisiin johtavat tilanteet

- * Minkälaisissa tilanteissa rajoitustoimenpiteitä käytetään?
- * Millainen on ollut henkilökunta mitoitus rajoitustoimenpiteissä?
- * Millaisena ajankohtana rajoitustoimenpiteitä tarvitaan?

Rajoitustoimenpiteiden herättämät ajatukset

- * Minkälaisia tuntemuksia rajoitustoimenpiteiden toteuttaminen herättää?
- * Minkälaisia kokemuksia sinulla on rajoitustoimenpiteiden kirjaamisesta?
- * Minkälaisia kokemuksia sinulla on rajoitus toimenpiteiden jälkiselvittelystä?
- * Miten koet sen, että sinun täytyy tehdä nopeita päätöksiä työssäsi?
- * Minkälaista tukea saat työnantaja taholta väkivaltatilanteiden käsittelyyn?

Keinot rajoitustoimenpiteiden ehkäisemiseksi

- * Minkälaisilla keinoilla rajoitustoimenpiteitä voitaisiin ennaltaehkäistä?
- * Millaisilla tilaratkaisuilla voitaisiin rajoitustoimenpiteitä ennaltaehkäistä?
- * Minkälainen on ollut uuden kehitysvammalain vaikutus?
- * Millaisella koulutuksella voitaisiin ennaltaehkäistä rajoitustoimenpiteitä?

Saatekirje

Opiskelemme Turun Ammattikorkeakoulussa sairaanhoitajiksi, teemme opinnäytetyömme rajoitustoimenpiteistä kehitysvammahuollossa, henkilökunnan näkökulmasta

Haastattelemme kuutta (6) hoitajaa Varsinais-Suomen erityishuoltopiirin yksiköistä ja toivoisimme, että voisimme haastatella juuri sinua. Haastattelut suoritamme syksyn 2016 aikana aikataulujenne mukaan. Haastattelut tullaan tallentamaan, mutta nauhat jäävät vain meidän käyttöömme. Kun olemme purkaneet haastattelut, tallenteet tullaan hävittämään asianmukaisesti.

Haastattelut ovat luottamuksellisia, haastateltavien henkilöllisyyttä ei tuoda missään kohtaa esille. Haastattelun kesto on noin 30-40 min. johon voitte osallistua työajalla.

Ottaisitteko meihin yhteyttä haastattelujen sopimiseksi.

Jari Kukkaisniemi: jari.kukkaisniemi@edu.turkuamk.fi

Tytti Takkinen: tyttilotta.takkinen@edu.turkuamk.fi

Tutkimuslupa

Pyydän/pyydämme lupaa opinnäytetyön/kehittämistehtävän suorittamiseen KTO - Varsinais-Suomen erityishuoltopiirin kuntayhtymässä.

Sitoudumme toimittamaan valmiin raportin erityishuoltoneuvostolle ja tutkimuksen suorittamispaikkaan.

Tutkimuslupahakemus liitteineen lähetetään sähköpostilla osoitteeseen tutkimus@kto-vs.fi tai postitse osoitteeseen KTO - kehitysvamma-alan tuki- ja osaamiskeskus, Varsinais-Suomen erityishuoltopiirin kuntayhtymä/Tutkimuslupa, Myllyojantie 2, 21520 Naskaria.

Kopio valmiista raportista lähetetään sähköisessä muodossa osoitteeseen tutkimus@kto-vs.fi sekä postitse KTO - kehitysvamma-alan tuki- ja osaamiskeskus, Varsinais-Suomen erityishuoltopiirin kuntayhtymä/Erityishuoltoneuvoston sihteeri, Myllyojantie 2, 21520 Naskaria.

Suostumus valmiin raportin julkaisemiseen KTO - Varsinais-Suomen erityishuoltopiirin kuntayhtymän verkkosivuilla.

Aika 3.6.2016

Paikka Turku

Opiskelijan/opiskelijoiden nimi/nimet
Jari Kukkaisniemi ja Tytti Takkinen

Allekirjoitus
Nimen selvennys

Hyväksyn 11.10.16
Jari Kukkaisniemi
SEIVA AHJONEN
KAT JOUTAJA

9/2015 OS/sm/fp

Erityishuoltoneuvoston lausunto

Varsinais-Suomen erityis-
huoltopiirin kuntayhtymä
Erityishuoltoneuvosto

OTE PÖYTÄKIRJASTA
Kokouspäivä
7.11.2016

Sivu

OPINNÄYTETYÖ "PAKKOTOIMENPITEET KEHITYSVAMMAHUOLLOSSA"

25 § Jari Kukkaisniemen ja Tytti Takkisen opinnäytetyösuunnitelma "Pakkotoimenpiteet kehitysvammahuollossa", liite 6. Opinnäytetyösuunnitelma on lähetetty erityishuoltoneuvoston jäsenille kokouskutsun mukana etukäteen tutustuttavaksi.

Erityishuoltoneuvosto merkitsi tiedoksi opinnäytetyösuunnitelman ja puolsi opinnäytetyön tekemistä.

Pöytäkirjanotteen oikeaksi todistaa,
Paimiossa, 21.12.2016

Salu Monnonen
Salu Monnonen
erityishuoltoneuvoston sihteeri



KTO Kuntatieteiden tutkimuskeskus
Kuntatieteiden tutkimuskeskus
Kuntatieteiden tutkimuskeskus
Kuntatieteiden tutkimuskeskus
Kuntatieteiden tutkimuskeskus
Kuntatieteiden tutkimuskeskus
Kuntatieteiden tutkimuskeskus
Kuntatieteiden tutkimuskeskus